

安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金申請書

- ・消せるペン及び修正液の使用はできません。
- ・訂正箇所は二重線を引き、訂正してください。
- ※ただし、金額については、訂正が認められません。
- 間違えた場合は、新しい用紙に書き直しをお願いします。

令和●年 ●月 ●日

（※）安城市風しん抗体検査及び予防接種費用助成金申請書に添付して、次のとおり申請します。
なお、申請の審査に必要な場合は、市長が私の住民基本台帳を閲覧すること及び私の過去の抗体検査又は予防接種の内容について医療機関に問い合わせることに承諾します。

- 1 抗体検査及び予防接種を受けた方がご記入ください。
抗体検査又は予防接種を受けた日の属する年度の3月末日までに提出してください。

申請者	確認事項 （該当する□に レ点を付けてく ださい。）	☒ 1 風しんにかかったことや、風しんの予防接種を受けたことはありません。 ☒ 2 過去に抗体検査を受けたことはありません。 ※1にレ点がない場合は、いずれの支援も受けることができません。 2にレ点がない場合は、抗体検査に係る支援を受けることができません。	スタンプ印不可
	（フリガナ） 氏 名	アンジョウ ハナコ 安城 花子 （※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	安城（※）
	生年月日	●年 ●月 ●日	
	住 所	〒444-0045 安城市 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話番号（0566）76 - 1133	
対象区分 （該当する□に レ点を付けてく ださい。）	☐ 1 妊娠を予定し、又は希望している女性（初めての妊娠） ☒ 2 妊娠を予定し、又は希望している女性（経産婦） ☐ 3 妊娠を予定し、又は希望している女性の夫（事実婚を含む。） ⇒妊娠を予定し、又は希望している女性の氏名 ☐ 4 妊婦の夫（事実婚を含む。） ⇒妊婦の氏名 ※1又は3で「妊娠を予定し、又は希望している」と記入した場合は、抗体検査の費用助成の対象となります。	・抗体検査の費用助成は、年度内の検査が対象です （予防接種費用のみ助成の方は記入不要） ・風しん以外にも同時に検査を受けている方は、 風しんのみの検査費用を記入してください	

- 2 風しん抗体検査費用助成の場合は、①及び②をご記入ください。予防接種費用助成の場合は、③から⑥までをご記入ください。両方の場合は、全てご記入ください。

①	抗体検査日	令和●年 ●月 ●日
②	検査費用（A）	領収書の抗体検査費用額： 6,800 円
③	抗体検査結果 （該当する検査方法の□に レ点を付けてください。）	☒ HI 法 16 倍以下（希釈倍率） ☐ CLEIA 法 14 未満（抗体価） ☐ ELISA 法 16 未満（抗体価） ☐ ELISA 法 14 未満（抗体価） ☐ LT 法 16 未満（抗体価） ☐ CLEIA 法 14 未満（抗体価） ・予防接種の費用助成は、年度内の接種が対象です ・抗体が低いことがわかる抗体検査結果の添付が必要です （抗体検査の費用助成をしない場合は、年度内の検査でなくても可）
④	予防接種日	令和●年 ●月 ●日
⑤	ワクチンの種類 （該当する□にレ点を付けて ください。）	☐ 風しんワクチン ・ ☒ 麻しん風しん混合ワクチン
⑥	接種費用（B）	領収書の予防接種費用額： 11,000 円

申請金額	
抗体検査（C）	上限額 5,000 円又は（A）のいずれか低い額： 5,000 円
予防接種（D）	上限額 5,000 円又は（B）のいずれか低い額： 5,000 円
金額合計（C）＋（D）	10,000 円

この欄の訂正は、できません