

第1号様式（第5条関係）

草加市風しん抗体検査・定期接種費用助成金交付申請書

年 月 日

草加市長 宛て

草加市風しん抗体検査・定期接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。
 なお、審査に際して確認等が必要な場合には、市が関係機関、医療機関等に必要な事項を問い合わせることに同意します。

申請者	氏名	ふりがな	生年月日
		㊟	年 月 日
	住所	草加市	
	電話・FAX番号		
		抗体検査	定期接種
受診した 医療機関	名称		
	住所		
	電話番号		
日時	年 月 日 ()	年 月 日 ()	
	時 分頃	時 分頃	
費用		円	円
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関の領収書の原本		
	<input type="checkbox"/> 抗体検査又は予防接種を受けたことが分かる書類		
	<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果が分かる書類（定期接種に係る申請の場合に限る。）		
申請額	円（裏面の合計額を記入してください。）		

注1 助成金の交付の申請は、抗体検査又は予防接種を受けた日から起算して1年以内に行ってください。

注2 申請者が自署した場合は押印を省略することができます。

（裏面に続きます。）

(裏面)

抗体検査					
種類	検査方法	検査日	支払額A	助成上限額B	助成対象額 (A・Bどちらか少ない額)
健康診査等の機会に行う場合	H I 法 L T I 法	年 月 日	円	1,419円	円
	E I A 法 E L F A 法 C L E I A 法 F I A 法	年 月 日	円	2,948円	円
月曜日から金曜日の午前8時から午後6時までの間又は土曜日の午前8時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合 (日曜日、国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する休日、12月29日から12月31日まで及び1月2日から1月3日までを除く。)	H I 法 L T I 法	年 月 日	円	5,423円	円
	E I A 法 E L F A 法 C L E I A 法 F I A 法	年 月 日	円	6,952円	円
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	H I 法 L T I 法	年 月 日	円	5,973円	円
	E I A 法 E L F A 法 C L E I A 法 F I A 法	年 月 日	円	7,502円	円

予防接種				
種類	接種日	支払額A	助成上限額B	助成対象額 (A・Bどちらか少ない額)
予診及び接種	年 月 日	円	10,142円	円
予診のみ	年 月 日	円	3,102円	円

助成対象額合計 (抗体検査・定期接種の助成対象額の合計)	円
---------------------------------	---

注 申請額合計金額を、表面の申請額欄に記載してください。