

蕨市風しんに関する追加的対策助成金申請書兼請求書

対象者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日(歳)
	氏名							
	住所	埼玉県蕨市						

申請金額 金 円

受診医療機関名				医療機関 電話番号	
種別	項目	受診日	自己負担額		基準額
抗体検査	HI法、LTI法		円		5,324円
	EIA法、ELFA法、 CLEIA法、FIA法		円		6,825円
	夜間休日・HI法、LTI法		円		5,864円
	夜間休日・EIA法、ELF A法、CLEIA法、FIA法		円		7,365円
	健診・HI法、LTI法		円		1,393円
	健診・EIA法、ELFA 法、CLEIA法、FIA法		円		2,894円
予防接種	MR		円		9,471円
	風しん		円		6,458円
	予診のみ		円		3,045円

「昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性を対象に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第5条第1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種」に基づき、申請します。なお、私は、この申請に関して必要がある場合は、蕨市が受診医療機関に確認を行うことに同意します。また、この申請が認められたときは、その助成金の金額を下記の振込先に振り込むことを依頼します。

年 月 日
(あて先)蕨市長

申請者

住所

氏名



電話

本人振込先	金融機関		口座番号	
	フリガナ		預金種類	普通 ・ 当座
	口座名義人			

※本申請する場合、償還払いを申請した風しんの抗体検査・予防接種はクーポン券を使用し再度受診することはできません。

※添付書類

①風しんの抗体検査・予防接種を受診した医療機関が発行した領収書の写し
(要検査方法、ワクチン名)

②風しんの抗体検査結果票、予防接種済証の写し

※太枠内をご記入ください。

クーポン貼付欄
(抗体検査)

クーポン貼付欄
(予防接種)

申請した種別のクーポンを貼付(各3枚)