

様式第1号（第5条関係）

幸手市風しん抗体検査・定期接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）幸手市長

幸手市風しん抗体検査・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（請求）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		
	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 () 時 分頃	年 月 日 ()
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"/> 抗体検査又は定期接種を受けたことが分かる書類（上記の書類に当該事実の記載がある場合を除く。）		
	<input type="checkbox"/> 抗体検査の結果が分かる書類（定期接種に係る助成金の申請を行う場合に限る。）		
申請額	円（裏面の合計額を記入してください。）		

注 助成金の交付の申請は、抗体検査を受けた日又は定期接種を受けた日のいずれか遅い日から起算して1年以内に行ってください。

請求内容（次の口座に振込みを依頼します。）

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店
	フリガナ		預金種目 当座 普通
	口座名義人		口座番号

（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	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	円	円
月曜日から金曜日までの午前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、1月2日及び1月3日までを除く。)	H I 法 L T I 法	年 月 日	円	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	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	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	円	円

定期接種				
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	円	円
予診のみ	年 月 日	円	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。