

所沢市風しん抗体検査・予防接種費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電 話 _____

所沢市予防接種接種料の助成に関する要綱第8条第3項の規定により、次のとおり申請します。
また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳等の公簿を確認し、及び予防接種を受けた医療機関等に照会することに同意します。

対 象 者 氏 名		
生 年 月 日	年 月 日	
風 し ん 抗 体 検 査	検査年月日	年 月 日
	検査料	円
風 し ん 予 防 接 種	接種年月日	年 月 日
	接種料	円
請 求 金 額	円	
振込先 (どちらかを選択)	<input type="checkbox"/> 私は、別に添付した通帳等の写しの口座への振込みを希望します。 (振込先の金融機関名、支店名・出張所名、預金種目、口座番号及び口座名義(カタカナ)が分かる通帳等の写しを添付してください。) <input type="checkbox"/> 私は、所沢市予防接種接種料助成金、所沢市造血幹細胞移植後の予防接種任意再接種料助成金及び所沢市妊娠を希望する女性等に対する風しん任意予防接種接種料助成金のうち、前回申請した助成金について交付を受けた口座への振込みを希望します。	

【添付書類】

- 1 抗体検査に係る領収書、抗体検査の結果が分かる書類及び風しん助成金算出表
- 2 予防接種に係る領収書、予防接種を受けたことが分かる書類、抗体検査(予防接種接種料のみの助成を申請する場合、平成26年4月1日以後に実施したもの)の結果陰性であったことが分かる書類及び風しん助成金算出表

■風しん助成金算出表

【記入の手順】

1. 自己負担額を、抗体検査は②に、予防接種は⑤に記入してください。
2. 抗体検査は①と②を比較し低い方の額を③に、予防接種は④と⑤を比較し低い方の額を⑥に記入してください。
3. ③と⑥の合計額⑦が助成金請求額となります。表面の請求金額※の欄に記入してください。

抗体検査 ※検査を受けた場所や日時、方法によって上限が変わります。

検査番号	抗体検査の種類	①助成限度額	②抗体検査に係る費用 (自己負担額)	③助成金請求額 (①と②を比較し低い方の額)
1	健診等の機会に行う場合	HI 法、LTI 法 1, 419円	円	円
2		EIA 法、ELFA 法、 CLEIA 法、FIA 法 2, 948円	円	円
3	月～金曜日午前 8 時から午後 6 時までの間、または土曜日午前 8 時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合 (休日※を除く)	HI 法、LTI 法 5, 423円	円	円
4		EIA 法、ELFA 法、 CLEIA 法、FIA 法 6, 952円	円	円
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI 法、LTI 法 5, 973円	円	円
6		EIA 法、ELFA 法、 CLEIA 法、FIA 法 7, 502円	円	円

※日曜日、国民の祝日に関する法律第 3 条に規定する休日、1 月 2 日、3 日、1 2 月 2 9 日～3 1 日

予防接種

予防接種の種類	④助成限度額	⑤予防接種料 (自己負担額)	⑥助成金請求額 (④と⑤を比較し低い方の額)
麻しん風しん混合ワクチン 風しん単体ワクチン	10, 450円	円	円

請求金額	⑦ (③+⑥)	円
-------------	---------	---