

第1号様式（第7条関係）

長久手市風しん抗体検査費助成金交付申請・請求書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 〒

住所

氏名

電話番号

私は、これまでに風しんにかかったこと及び風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありませんので、下記のとおり、関係書類を添えて、風しん抗体検査費助成金の交付申請をします。

なお、申請内容について、市が保有する個人情報を読覧・調査すること、及び、医療機関等に問い合わせることに同意します。

被検査者氏名			
生年月日	年 月 日（満 歳）		
質問1 どちらに該当しますか。 ( <input checked="" type="checkbox"/> してください。)	<input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦） <input type="checkbox"/> 妊娠を予定又は希望している女性（経産婦）の配偶者などの同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く） <input type="checkbox"/> 妊娠をしている女性の配偶者等の同居者（昭和37年4月2日から昭和54年4月1日生まれの男性を除く）		
質問2 「はい」か「いいえ」に○をつけてください。 「はい」の場合は、助成対象外です	（女性のみ）現在、妊娠中ですか。		いいえ・はい
	今までに風しんにかかったことがありますか。		いいえ・はい
	今までに風しんワクチン（麻しん風しん混合ワクチンを含む。）を接種したことがありますか。		いいえ・はい
検査年月日	年 月 日		
医療機関名			
請求金額	金 円		
振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 農業組合	本店	店番号
		支店 出張所	
口座番号	普通・当座		
フリガナ 口座名義人	-----	申請者との 続柄	

\*添付書類

別紙「長久手市風しん抗体検査費領収書」

\*誤記入は二重線をした上で、訂正印をお願いします（ただし、金額の訂正はできません）。

\*被検者が未成年の場合、申請者及び口座名義人は保護者としてください。

第2号様式（第7条関係）

長久手市風しん抗体検査費領収書	
被検査者氏名	
検査年月日	年 月 日
領収金額	金 円
上記のとおり証明します。	
年 月 日	
住 所	
医療機関 名 称 印	
電話番号	

領収書添付欄

上記の「風しん抗体検査費領収書」によらない場合は、ここに医療機関の領収書を添付してください。

領収書には次の①から⑤までの内容が記載されていることが必要です。

- ① 被検査者氏名
- ② 検査年月日
- ③ 内容【風しん抗体検査費】
- ④ 金額
- ⑤ 医療機関名・医療機関印