

宜野湾市風しん抗体検査および予防接種費用助成金交付申請兼請求書

宜野湾市長 殿

年 月 日

ふりがな

申請者氏名

印

申請者住所

(被検査者および被接種者との関係)

電話番号

下記のとおり風しん抗体検査および予防接種費用の助成金を申請し、関係書類を添えて下記金額を請求します。助成金額は、下記の口座に振り込んでください。

※申請内容の確認にあたり、住民基本台帳の閲覧と接種医療機関に問い合わせることに同意します。

ふりがな			
被検査者および被接種者名			
住 所	宜野湾市		
生年月日	昭和 年 月 日生まれ		
	◇風しん抗体検査◇	◇風しん予防接種◇	
検査医療機関：		接種医療機関：	
検査年月日：		接種年月日：	
検査方法（該当する項目に✓してください） □HI法/LTI法 □EIA法/ELFA法/CLEIA法/FIA法		接種ワクチン（該当する項目に✓してください） □麻しん風しん混合（MR）ワクチン □風しん単独ワクチン	
検査費用（実際支払った金額）A：	円	接種費用（実際支払った金額）C：	円
上限額B：	円	上限額D：	円
請求金額（AとBの内少ない金額）：	円	請求金額（CとDの内少ない金額）：	円

※上記費用は税込金額を記載ください。

※上限額を超えた場合、差額は自己負担となります。請求合計金額 円

振込先		
金融機関名	銀行・金庫・農協・ゆうちょ銀行	支店・出張所
預金項目	1 普通 2 当座 3 その他 ()	口座番号
ふりがな		
口座名義		

この申請書に以下の書類を添付して下さい。

- ① 医療機関の領収書（原本）：*氏名、検査の種類・検査日又は予防接種の種類・接種日、医療機関等の名称が明記されているもの。（領収書内に記載がない項目があれば、確認できる書類を別途で提出）
- ② 風しん抗体検査結果（写し）※風しん抗体検査を受けた場合のみ。
- ③ 被検査者又は被接種者名義の通帳（写し）：金融機関名、口座名義、フリガナ、口座番号が確認できるもの
- ④ 申請者の身分確認ができる書類（運転免許証、パスポート等）

※申請者の押印漏れがないようにして下さい。

※その他書類審査の結果、市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

◎被検査者又は被接種者と口座名義人が異なる場合は、裏面の 委任状 に記入押印して下さい。

(裏面)

私は、上記口座名義人に風しん抗体検査および予防接種費用助成金の受け取りを委任します。

年 月 日 被検査者および被接種者

印

※担当者記入欄 確認者 ()

身分証明書 確認項目 → 氏名 生年月日 住所

運転免許証 健康保険証 (保険の種類:) パスポート その他

[運転免許証番号/記号番号等:]

【風しん抗体検査価格一覧 (全国統一)】

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法
保健所で行う場合	790 円	2,180 円
健診等の機会に行う場合	1,290 円 (税込 1,393 円)	2,680 円 (税込 2,894 円)
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)	4,930 円 (税込 5,324 円)	6,320 円 (税込 6,825 円)
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	5,430 円 (税込 5,864 円)	6,820 円 (税込 7,365 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、12月29～30日

【予防接種料】

項目	予診料	手技料	ワクチン単価	消費税	委託料
成人の麻しん風しん混合(MR) 予防接種	2,820 円	350 円	6,100 円	741 円	10,011 円