

福山市緊急風しん抗体検査費及び予防接種費支給申請書兼請求書

福山市長 様

福山市緊急風しん抗体検査費及び予防接種費支給要綱の規定により、関係書類を揃えて、次のとおり申請します。
 なお、支給決定審査に関する健診機関・医療機関への照会について同意します。

申請日		年 月 日				
申請者 (被受検者)	フリガナ			住所	〒 -	
	名前					(電話番号: - -)
	生年月日	年 月 日				

振込先 金融機関		銀行協 農協 信用金庫 信用組合		本店 支店 支所	預金種目 普通	口座 名義人	(カタカナ)
銀行コード		店コード		口座番号			

■検査費用及び接種費用の内訳

区分		支給決定額
風しん抗体検査 ※実施場所、検査方法の 該当箇所にチェックを付 けてください。 検査方法については、分 かればチェックを付けて ください。	実施 場所	<input type="checkbox"/> 健診の機会に受けた。
		<input type="checkbox"/> 月～金曜日午前8時～午後6時の間 または土曜日午前8時～正午の間に 医療機関を受診して受けた。
		<input type="checkbox"/> 上記以外の時間に医療機関を受診し て受けた。
		<input type="checkbox"/> 受けていない。
	検査 方法	<input type="checkbox"/> HI法, LTI法, ICA法
		<input type="checkbox"/> EIA法, ELFA法, CLEIA法, FIA法, CLIA法
風しん予防接種 ※接種を行った場合には○をしてください。		
支給決定合計額		

■添付書類 この申請書には、次の書類を添えて提出してください。添付書類がない場合、支給ができません。

- ①抗体検査及び予防接種を受けたことがわかる領収書の原本(金額、日付、健診機関・医療機関名が記載され、領収印が押されている)
- ②抗体検査の結果が分かる書類
- ③風しんに係る予防接種を受けたことがわかる予防接種済証のコピー
- ④申請者の指定する振込先の口座番号が記載された預金通帳等のコピー(「金融機関名」「開設店名」「口座番号」「口座名義人の名前(カナ)」が記載されたページ)

■申請書の提出先 〒720-8512 福山市三吉町南二丁目11番22号(福山すこやかセンター内)
 福山市保健福祉局保健部保健予防課 電話(084)928-1127

■提出期限 原則として、抗体検査・予防接種を受けた日の翌月末までにご提出ください。