

抗体検査または予防接種を受けた方の明細

| | | |
|---------------|--|--|
| | | 生 年 月 日 |
| (フリガナ) 氏名 | | 年 月 日 |
| 住所 | | |
| 日中連絡先 電話番号 | | |
| 申請者 | 抗体検査 実 費 ()円 ※領収書の金額と一致させてください。 | 区使用欄・記入不要 上限8,261円 助成額 円 |
| | 必要書類 <input type="checkbox"/> 交付申請書兼請求書 <input type="checkbox"/> 明細(本紙) <input type="checkbox"/> 領収書 | |
| 申請者 | 予防接種 実 費 ()円 ※領収書の金額と一致させてください。 <input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん混合)ワクチン <input type="checkbox"/> 麻しん単独ワクチン | 区使用欄・記入不要 MR: 上限11,077円 単独: 上限7,568円 助成額 円 |
| | 必要書類 <input type="checkbox"/> 交付申請書兼請求書 <input type="checkbox"/> 明細(本紙) <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 低抗体価であることが分かる検査結果報告書等 | |

注意事項

- (!) 修正液・消えるボールペンは使用しないでください。
書き間違えた箇所は2本線で削除し、余白に正しい内容を書き直して下さい。
- (!) 裏面に領収書(原本)をのり付けしてください。
領収書が添付されていない場合、助成金の交付はできません。
- (!) 領収書の返却を希望する場合は、のり付けせず、領収書に「返却希望」と鉛筆で記入してください。

裏面に続く

右側に領収書を貼ってください

こちらに領収書をのり付けしてください。

確認事項(提出前に必ず以下を確認してください。)

チェックリスト

| | | |
|---|---|--------------------------|
| 1 | 交付申請書兼請求書の申請者と振込先の名義人は同一人物ですか？ | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 領収書は原本ですか？ ※領収書は原則返却しておりません。必要な方はコピーを取ってから、原本をご提出ください。 ※コピーが添付してある場合、助成金の交付はできません。 ※「予防接種済証」「予診票」等は領収書の代わりになりません。 ※紛失等により提出できない場合は、代わりに証明書を提出してください。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 領収書に以下全て記載されていますか？ <input type="checkbox"/> 抗体検査実施日または予防接種実施日 <input type="checkbox"/> 抗体検査または接種を受けた方の氏名(複数名の場合は、各人の接種代が分かるように記載) <input type="checkbox"/> “麻しん抗体検査代”“麻しん予防接種代”の表記(“予防接種代”のみ、自費等は不可) <input type="checkbox"/> 検査・接種費用(自己負担額) <input type="checkbox"/> 医療機関名または施設名 ※1つでも記載漏れがある場合、医療機関(施設)に記載してもらってください。 ※領収書の返却を希望する場合は、のり付けせず、領収書に「返却希望」と鉛筆で記入してください。 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 同封物に不足はありませんか？ <input type="checkbox"/> 交付申請書兼請求書 <input type="checkbox"/> 抗体検査または予防接種を受けた方の明細 (抗体検査の場合) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) (予防接種の場合) <input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 検査結果報告書等抗体価のわかる書類 | <input type="checkbox"/> |