

抗体検査または予防接種を受けた方の明細

(フリガナ) 氏名	セタガヤ タロウ	記入例	生 年 月 日
	世田谷 太郎		1995 年 1 月 1 日
住所	世田谷区世田谷4-22-35 世田谷マンション302		
電話番号 (日中連絡先)	080-XXXX-XXXX		
申請者	抗体検査 実 費 (7,000)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 checked="" type="checkbox"/> 交付申請書兼請求書 <input checked="" type="checkbox"/> 明細(本紙) <input checked="" 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

領収証

(見本)

令和8年6月15日

世田谷 太郎 様

麻しん抗体検査代として (6/15検査)

7, 000 円

上記正に領収いたしました

〇〇病院 印

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 checked="" 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 checked="" 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(コピー) <input type="checkbox"/> 検査結果報告書等抗体価のわかる書類	<input checked="" type="checkbox"/>