

柏市長 あて

※太枠の中のみご記入ください

申請者	住所	〒 柏市
	氏名	
	被検査者との続柄	()
	電話	

柏市助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（風しん抗体検査）

柏市補助金等交付規則により、下記のとおり助成金の交付を申請し、併せて事業の完了を報告します。なお、助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳および柏市予防接種台帳を確認することに同意し、交付決定後は、本申請書をもって助成金を請求するものとします。

記

1 風しん抗体検査について

被検査者	(ふりがな) 氏 名	(年 月 日生)
	住 所	(申請者と異なる場合に記入) 〒
	電 話	— —
	要件	☐ 妊娠を希望する女性 ☐ 妊娠を希望する女性の同居者※ ☐ 妊婦の同居者※ ※同じ家に住んでいる方
検査方法 と結果	☐ H I 法 () ☐ E I A 法 () ☐ その他 ()	
医療機関名		
検査日	年 月 日	
結果説明日	年 月 日	
添付書類 (写し)	☐ 領収書 ☐ 風しん抗体検査結果がわかる書類 ☐ 振込先金融機関通帳またはカード（口座番号がわかるもの）	
補助金 申請額 算定基礎	HI・LTI 法は 5,540 円、EIA・ELFA・CLEIA・FIA 法は 6,750 円とする。ただし、設定金額よりも低料金の場合は、検査実施費用の全額補助とする。また、1 人につき 1 回の助成を上限とする。	

2 交付申請額

円

3 助成金の振込先口座

金融機関名	銀行 信金・信組 農協			支店名	本店 支店			
預金種別	☐ 普通	☐ 当座	口座番号					
フリガナ 口座名義								