

守口市抗体検査費用補助金交付請求書

守 口 市 長 様

(請求者) 住 所 守口市
氏 名 _____ (印)
電 話 _____

下記のとおり、風しん抗体検査に係る費用の交付を請求します。

予防接種を受けた人の 住 所 守口市
氏 名 _____ (男)
生 年 月 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (満 _____ 歳)

検 査 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

抗体検査の方法
※あてはまる方法に
☑をつけてください。
 HI法、LTI法
 EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法、ICA法

検査場所・時間帯
※あてはまるものに
☑をつけてください。
 健診等の機会に行う場合
 医療機関を受診して行う場合で、月～金曜日AM8：00～PM6：00の間
または土曜日AM8：00～正午の間に受診(ただし、休日を除く)
 医療機関を受診して行う場合で、上記以外の時間に受診

請求金額 金 _____ 円 ※金額の訂正は認められません。

請求理由
※あてはまる理由に
☑をつけてください。
 クーポン券発行開始前に受けたため。
 委託外の医療機関・健診機関で受けたため。

検査を受けた医療機関 名 前 _____
または健診機関
住 所 _____
電 話 _____

金融機関	金融機関名	銀行 ・ 信金 ・ 信組 ・ 労金 ・ 農協						
	銀行支店名							
	口座番号							1 普通・2当座
	口座名義	(ふりがな)						

