

守口市抗体検査費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

守口市長様

(申請者)住所 守口市
氏名
電話

下記のとおり、風しん抗体検査に係る費用の交付を申請します。

抗体検査を受けた人の住所 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
HI法、LTI法
EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法、ICA法

検査場所・時間帯
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

申請金額 金 円 ※金額の訂正は認められません。

申請理由
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

(参考)

Table with 3 columns: 検査場所・時間帯, 抗体検査の方法 (HI法、LTI法), 抗体検査の方法 (EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法、ICA法). Rows include 健診等の機会に行う場合 and 医療機関を受診して行う場合 with tax details.

※休日とは、日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29日～31日
※申請金額には、実際に支払った金額と上限額を比べ、低い方の金額を記載してください。
上限額を超えてお支払いしている場合、その差額についてはご本人負担となります。

守口市抗体検査費用補助金交付申請書

令和 2 年 6 月 1 日

【申請者について】

抗体検査を受けた本人の住所、氏名、電話番号をご記入ください。

また、申請者は、『請求書』の「請求者」及び「口座名義」と同一名義を記載してください。

詳しくは、『請求書』の注意事項を参照してください。

(申請者) 住所 守口市 **大宮通1-13-7**

氏名 **守口 太郎**

電話 **06-6992-2217**



系る費用の交付を申請します。

抗体検査を受けた人の住所 守口市 **大宮通1-13-7**

氏名 **守口 太郎** (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

申請金額

金額 **5,423** 円 ※金額の訂正は認められません。

重

申請理由

※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場合
- 委託外の医療機関・健診機関で受け

【申請金額について】

上限額より高い金額を支払った場合は上限金額を記載し、
上限額より低い金額を支払った場合は、支払った金額を記載。

検査を受けた医療機関
または健診機関

名前 **△△△ 病院**

住所 **大阪府○○市○○町1-2**

電話 **○○-○○○○○-○○○○**

(参考)

検査場所・時間帯	抗体検査の方法	
	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法、ICA法
健診等の機会に行う場合	税抜 1,290円	税抜 2,680円
	消費税10% 税込 1,419円	消費税10% 税込 2,948円
医療機関を受診して行う場合 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)	税抜 4,930円	税抜 6,320円
	消費税10% 税込 5,423円	消費税10% 税込 6,952円
医療機関を受診して行う場合	税抜 5,430円	税抜 6,820円
	消費税10% 税込 5,973円	消費税10% 税込 7,502円

※休日とは、日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29日～31日

※申請金額には、実際に支払った金額と上限額を比べ、低い方の金額を記載してください。

上限額を超えてお支払いしている場合、その差額についてはご本人負担となります。