

令和5年度北海道風しん抗体検査事業補助金交付申請書

申請日 年 月 日

北海道知事 様

郵便番号
申請者住所
申請者氏名 印
電話番号

次のとおり、風しんの抗体検査を受けましたので、抗体検査に係る費用に対し、補助金の交付を申請します。
なお、この申請に関して不明な点がある場合は、北海道が、直接、実施医療機関へ照会を行うことに

【1 同意します。 2 同意しません。】

検査を受けた人の氏名	性別	生年月日
フリガナ	男 ・ 女	年 月 日 (歳)
氏名		
住所	電話番号	
対象区分		
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験のない女性 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む） <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する出産経験がなく、かつ、風しん抗体ができない女性の同居者 <input type="checkbox"/> 妊婦（風しんの抗体価が低い）の配偶者 <input type="checkbox"/> 妊婦（風しんの抗体価が低い）の同居者		
検査結果		
<input type="checkbox"/> 十分な抗体があると診断された。 <input type="checkbox"/> 抗体価が低いため、予防接種を勧められた。 <input type="checkbox"/> 検査結果がまだ明らかになっておりません。 *申請時、検査結果が明らかでない場合、後日、申請者様に照会させていただきます。		
申請額		
※上限額 円 EIA法 6,750円 HI法 5,480円		
受取金融機関		
銀行 信用金庫 信用組合・協同組合	本店 支店 出張所	種別 1. 普通預金 2. 当座預金 3. その他
口座名義人		口座番号
フリガナ		
氏名		
医療機関証明欄 風しん抗体検査を実施し、同日に下記のとおり領収したことを証明します。		
医療機関所在地 医療機関名・代表者名	医療機関代表者印	検査実施日 (採血日) 年 月 日
		検査方法 H I 法 ・ E I A 法
		検査費用 円

注 意 事 項

〈風しん抗体検査事業補助金を申請される方へ〉

- 1 本事業の検査費は、検査を受けた方が、直接北海道に請求する手続きを取る必要があります。この申請書を作成後、領収書に住所地及び同居の状況がわかる書類の写し等（健康保険証写し等）を添えて、最寄りの道立保健所（支所）に申請してください。（郵送可。ただし提出締切日必着。）
- 2 風しん抗体検査事業は、令和6年3月10日までに実施した検査が対象になります。なお、申請書の保健所受付締切日は、令和6年3月10日です。
- 3 この補助金の申請者は、検査を受けた方になります。申請書に記載する「受取金融機関」欄は、申請者名義の口座としてください。
検査を受けた方が未成年者である場合と検査を受けた方が亡くなられた場合に限り、検査を受けた方以外の方（同居をされていて養育をしている人、相続人等）が申請することができますが、その場合、検査を受けた方との関係を証明する書類（住民票、健康保険証、除籍謄本等）の提出が必要です。
- 4 申請内容について照会が必要となった際、道が、直接、医療機関へ照会を行うことに同意いただける場合は、「1 同意します。」を○印で囲んでください。なお、申請時に検査結果が明らかでない場合は、後日、直接申請者様にお電話で照会いたしますので、予め御了承願います。
- 5 申請書には医療機関等に検査費を支払った際の領収書（原本）を添付するか、申請書の医療機関証明欄に医療機関からの証明を受けていただくことが必要です。
（注）申請書に添付する領収書を確定申告等で使用する場合には、必ず申請時に保健所に申し出てください。申請窓口で領収書の原本確認をした後、返却を受けることができます。なお、申請書を窓口で受理した後や領収書の金額と補助金の金額が同一である場合、領収書の原本の返却はできませんので注意してください。
- 6 申請額の欄には、風しん抗体検査に要した費用（当該費用が補助限度額を超えるときは補助限度額）を記載してください。
- 7 医療機関で実施した検査費用については、風しん抗体検査に要した費用を、E I A法の場合6, 750円、H I法の場合5, 480円を限度として、どちらかの検査方法により1回のみ交付します。
- 8 この申請書に係るお問い合わせは、最寄りの道立保健所のほか、下記にお問い合わせ願います。

【連絡先】

北海道保健福祉部感染症対策局感染症対策課感染症対策係

電話 011-231-4111（内）25-532