

秋田市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書

(宛先) 秋田市長

令和 年 月 日

秋田市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査実施要領5の(4)の規定に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。

なお、他自治体を実施する国要綱に基づく助成を受けていないことを申し添えます。

記

ふりがな 申請者氏名 (検査を受けた本人)					
申請者生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日				
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 秋田市 電話番号 ( ) ※昼間に連絡可能な番号				
かかりつけ産婦人科					
検査実施機関 (同上の場合記載不要)					
検査実施年月日	令和 年 月 日 ( 妊娠 週 )				
個人情報利用および医師からの検査の説明について (必須)	<ul style="list-style-type: none"> <li>秋田市が本事業の実施に必要な場合、個人情報に関係自治体、関係医療機関等への照会等に利用することについて同意します。</li> <li>陽性になった場合の影響等について承知した上で、検査を受けました。</li> </ul>				
【同意・確認事項】	申請者氏名 _____				
検査に要した費用 (2万円を上限に助成します)	_____ 円				

検査に要した費用に係る助成金を下記の振込先に入金願います。

口座振込先											
		銀行 信用金庫 農協						支店 出張所		預金種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号 (右詰で記入)								口座名義 (カタカナ)			

【添付書類】

- 本人の住所が確認できるもの (運転免許証の写しなど)
- 検査実施時の領収書および内訳書 (原本)
- 振込先口座が確認できるものの写し
- 検査実施時に妊娠中であることが確認できるもの (母子健康手帳の「妊娠中の経過」のページの写しなど)

統計のために伺います。 差し支えなければ、検査結果をご記入ください。 (○をつけてください)	陽性 ・ 陰性
--	---------