

福岡県分娩前新型コロナウイルス感染症検査助成事業申請書

福岡県分娩前新型コロナウイルス感染症検査に対する費用の助成に関する要綱第4条に基づき、下記の通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、ならびに受検に当たり国が定める検査申込書を検査実施機関に提出しておりますことを申し添えます。

記

申請者氏名 (検査を受ける本人)	⑩ (自筆の場合、押印不要)
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 - TEL: ※ 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
個人情報の利用及び医師からの検査結果の説明について 【同意・確認事項】	・福岡県が本事業の実施に必要な場合、個人情報を関係自治体、関係医療機関等への照会等に利用する事に同意します。 ・医師から【検査申込書】に記載の検査及び陽性となった場合の説明を受けました。 申請者氏名: (署名)
※検査に要した費用証明欄(検査実施機関において記入してください。)	
検査に要した費用証明書(妊婦本人から費用を徴収した場合は領収書を兼ねる) 金 _____ 円 検査に要した費用は上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 ⑩	
※ 検査実施機関は「申請者住所」について、健康保険証や母子健康手帳の内容との照合をお願いします。	

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。

なお、その振込をもって助成事業が承認通知されたものとして了承いたします。

口座振込先					
銀行 信用金庫 農協			支店 本店 営業所	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)	

※ 口座名義は、申請者名義の口座を記入ください。

添付資料

1. 口座振込先情報が分かる資料(通帳の写し等)
2. 検査費用に係る領収書(原本)

※ 上記の「検査に要した費用証明書」に記載のない場合のみ