

吹田市長 様

吹田市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成金申請書兼口座振込依頼書

吹田市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成金交付要領第5条第1項に基づき、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、ならびに受検にあ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)	(フリガナ)
	_____ ・大阪府・政令市・中核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
交付申請額	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。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承いたします。

口座振込先 (申請者と同名義)										
			銀行 信用金庫 農協				支店 出張所	預金 種別	□ 普通 □ 当座	
口座番号 (右詰で記入)							口座名義 (カタカナ)			

添付書類

1. 検査費用に係る領収書 (原本)

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。