

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

令和 年 月 日

吹田市長 様

(受検者名)

申請者名

生年月日 年 月 日

〒 - ※住民票所在地を記入

住所

電話番号 ( )

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項の規定に基づき助成金の交付について申請します。

なお、助成金の申請に当たり、次の事項について申し添えます。

- ・助成金の申請に係る費用については、他の地方公共団体から同種の補助金等の交付を受けていません。
- ・検査の受検に当たっては、事前に国が定める検査申込書を検査実施機関に提出し、当該検査申込書に記載の検査の内容及び陽性となった場合の取扱い等について医師から説明を受けました。
- ・本事業の実施に必要な場合、この申請書に記載された個人情報等を他の地方公共団体、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。

かかりつけ産婦人科	
検査実施機関 (同上の場合記載不要)	
検査年月日	令和 年 月 日
交付申請額 (上限20,000円)	円
※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通りであることを証明します。	
また、当該費用については、	
<input type="checkbox"/> 申請者から徴収しました。	
<input type="checkbox"/> 申請者からの助成金の請求・受領についての委任を受けています。	
令和 年 月 日	
所在地	
医療機関名	

【添付書類】

1. 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欄」に記載のない場合のみ

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。