

(第2号様式)

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

ウイルス検査助成事業申請書

(不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業)

実践囲み欄は妊婦の方が記入

新型コロナウイルス感染症対策妊産婦総合支援事業実施要綱第2条(2)別添2の第のとおり助成されるよう申請します。なお、他自治体が実施する国要綱に基づく助成及び受検にあたり愛知県知事が定める「ウイルス検査申込書」を検査実施機関に提出し添えます。

日付は全て同じ日で記入してください。

申請者氏名 (検査を受ける本人)	記		
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の説明について 【同意・確認事項】	・愛知県知事が本事業の実施に必要と認める場合、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ことに同意します。 ・医師から「ウイルス検査申込書」に記載の検査及びその結果が関係となった場合に同意を求めました。		

記入漏れがないか確認してください。

点線囲み欄は、医療機関が記入

※検査に要した費用証明欄(検査実施機関において記載してください。)

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

検査方法(該当に○をつける) 核酸増幅法 抗原定量

検査に要した費用及び検査方法は上記の通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

※下記の口欄のいずれかにチェック(☑)を入れ、必要事項を記載ください。

検査に要した費用に係る助成金の請求及び受領について、検査実施機関に委任いたします。

令和 年 月 日 (申請者氏名)

請求書: 検査に要した費用に係る助成金を次の振込先に入金願います。なお、その振込をもつ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					
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)				

① 検査実施機関へ受領を委任しない場合や他府県で検査を受けた場合は、申請者名義の口座を記載ください。
② 検査実施機関へ受領を委任した場合は、上記口座振込先の記載は不要です。

【添付書類】 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。