

兵庫県知事・政令市長・中核市長 様

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業申請書

兵庫県不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症PCR検査事業実施要綱第8条第1項第1号に基づき、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) | ① |
| 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】 | ・兵庫県・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。 申請者氏名 |
| ※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 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。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 ① | |

※下記の□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。

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 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) |
| <input type="checkbox"/> | 検査に要した費用について下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって事業が承認通知されたものと了承いたします。 口座振込先 銀行 信用金庫 農協 支店出張所 預金種別 □普通 □当座 口座番号(右詰で記入) 口座名義(カタカナ) 請求額は下記のとおりです。 請求額 金 円 (上限9,000円) 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。