

西宮市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

西宮市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)	西宮 花子	
窓口来所者氏名 (本人以外来所の場合)		分娩(予定)日: 2023年 4月 10日
申請者住所 (住民票上の住所)	〒662-0913 西宮市染殿町8-3 TEL: 090 (0000) 0000 ※昼間に連絡可能な番号	
かかりつけ産婦人科	〇〇産婦人科	
検査実施機関 (同上の場合記載不要)		
検査実施年月日	令和 5年 4月 1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 <u>西宮 花子</u>	
※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 <u>9,000</u> 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 5年 4月 1日		
所在地 <u>●●市●●町12-34</u>		
医療機関名 <u>〇〇産婦人科</u> 印鑑		

検査実施機関において記載をお願いします。
記載がない場合は、領収書の添付が必要です。

※検査に要した費用を医療機関が負担した場合は①を、申請者が自己負担した場合は②をご記載ください。

①	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).....	
②	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承いたします。 ※振込口座は申請者本人の口座のみとなります	
口座振込先		
●●	銀行 信用金庫 農協	●●
●●	支店 出張所	預金 種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 (右詰で記入)	1 2 3 4 5 6 7	口座名義 (カタカナ) <u>ニシノミヤ ハナコ</u>
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 診療明細書、通帳又はキャッシュカードのコピー		

市記入のため、記載不要です。

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。