

大阪府知事・政令市長・中核市長 様

大阪府不安を抱える妊婦等への分娩前ウイルス検査助成事業申請書

大阪府不安を抱える妊婦等への分娩前ウイルス検査助成事業実施要綱第4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<br>(検査を受ける本人)   | (フリガナ)   |
| 申請者住所<br>(住民票上の住所)  | 〒 ( )<br>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<br>(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<br>【同意・確認事項】                          | ・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。<br>・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。<br>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（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<br>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。<br>令和 年 月 日<br>所在地<br>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。

|                          |   |                  |   |          |   |                 |                |  |  |
|--------------------------|---|------------------|---|----------|---|-----------------|----------------|--|--|
| <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。<br>令和 年 月 日<br>申請者氏名  |                  |   |          |   |                 |                |  |  |
| <input type="checkbox"/> | 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。<br>口座振込先<br><table border="1"> <tr> <td>銀行<br/>信用金庫<br/>農協</td> <td>支店<br/>出張所</td> <td>預金<br/>種別</td> <td><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号<br/>(右詰で記入)</td> <td colspan="2">口座名義<br/>(カタカナ)</td> <td></td> </tr> </table> <p>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下さい。<br/>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。</p> | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 支店<br>出張所   | 預金<br>種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号<br>(右詰で記入) | 口座名義<br>(カタカナ) |  |  |
| 銀行<br>信用金庫<br>農協         | 支店<br>出張所   | 預金<br>種別         | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |          |   |                 |                |  |  |
| 口座番号<br>(右詰で記入)          | 口座名義<br>(カタカナ)  |                  |   |          |   |                 |                |  |  |

添付書類

1. 検査費用に係る領収書（原本）※委任しない場合のみ

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。