

滋賀県知事 様

滋賀県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業請求書（医療機関用）
（ 年 月分）

滋賀県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業実施要領第6条第1項第2号に基づき、別添のとおり申請書を提出しますので、下記のとおり支払われるよう請求します。

なお、すべての受検者（滋賀県（大津市を除く）に住所地がある）からは申請書とともに検査申込書が提出されておりますことを申し添えます。

記

検査実施機関名 代表者名	⑩
検査実施機関所在地	〒 ー TEL: ()
添付申請書数	計 枚
請求金額	金 円

※ 振込を希望する振込先口座を記載ください。

振込先口座					
口座番号 (右詰で記入)	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
		(フリガナ) 口座名義			

注) 原則、医療機関名義の口座を記載ください。

添付書類

1. ウイルス検査実施者一覧表（様式第5号）
2. 滋賀県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業申請書（様式第3号）

(2022年4月)