

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申請書

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同様の助成を受けていないこと、ならびに受検にあたり検査同意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)	
申請者住所 (住民票上の住所) ※滋賀県(大津市除く)に限る	〒 () TEL: () ※屋間に連絡可能な番号
かかりつけ産婦人科医療機関	
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 (妊娠週数 週)
申請額	円 (上限 20,000円)
個人情報の利用および医師からの検査の説明について 【同意・確認事項】	・滋賀県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【検査同意書】に記載の検査およ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。)	
金 円 検査に要した費用は上記のとお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 (印)	

※ 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および受領について、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が承認されたものと承いたします。 振込先口座 <table border="1"> <tr> <td>口座番号 (右詰で記入)</td> <td>銀行 金庫 農協</td> <td>本店 支店 出張所</td> <td>預金 種別</td> <td>普通</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>(フリガナ) 口座名義</td> <td></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、受検者名義の口座を記載下さい。 ② 検査実施機関へ受領を委任した場合は、上記振込先口座の記載は不要です。</p>	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	普通			(フリガナ) 口座名義		
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	普通							
		(フリガナ) 口座名義									

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
- 振込口座通帳(口座番号・支店番号のわかる頁)のコピー ※上記の「振込先口座」に記載のある場合のみ

注意事項

助成金額は、実施機関に支払った金額ではなく、上限額(2万円)と自己負担額を比較して少ないほうの金額になります (2022年4月)