

里帰りなどにより他道府県にて受検し、
本人が直接申請する場合に使用

第5号様式

令和 年 月 日

東京都知事 様

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書(直接申請用)

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成事業実施要綱第7の2(1)イに基づき、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を申し添えます。

記

ふりがな 申請者氏名 (検査を受ける本人)	
申請者生年月日	昭和・平成 年 月 日
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】	・東京都が本事業の実施に必要な場合、個人情報を関係自治体、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。 ・陽性になった場合の影響等について承知した上で、受検しました。 申請者氏名
検査に要した費用 (2万円を上限に助成します。)	円

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了承いたします。

口座振込先 ※申請者名義の口座としてください。					
	銀行 信用金庫 農協		支店 出張所	預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 (右詰で記入)				口座名義 (カタカナ)	

【添付書類】

- 1 本人の住所が確認できるもの(免許証の写しなど)
- 2 検査実施時の領収書及び内訳書(原本)
- 3 振込先口座が確認できるものの写し
- 4 検査を実施した際の申込書の写し(都内で受検の場合は必須)
- 5 検査実施時に妊娠中であることが確認できるもの(母子健康手帳の表紙及び1頁の写し)

統計のために伺います。 差し支えなければ、検査結果を御記入ください。 (○をつけてください。)	陽性 ・ 陰性
---	---------