

(様式5)

妊婦に対する新型コロナウイルス検査料助成申請書

令和 年 月 日

いわき市長 様

申請者 住所 〒 ー

いわき市

ふりがな ()

氏名 (印)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

連絡先

妊婦に対する新型コロナウイルス検査料の助成について、次のとおり申請します。

また、本申請書及び添付資料に含まれる個人情報について、いわき市が助成の可否に係る確認にのみ利用することに同意します。

検査費用 (支払い額)	円	申請額	円	
検査実施日 (妊娠週数)	令和 年 月 日 (妊娠 週)			
かかりつけ産婦人科名				
検査実施医療機関名	(上記と異なる場合のみ記入してください)			
振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人 ()	
	口座番号			
子ども家庭課 受理年月日	年 月 日	検査時の 住民確認	済 □ (承認・不承認) 決定年月日	年 月 日

注) 太枠の中を記入してください。

※ この助成は妊婦1人につき1回のみとなっているため、本申請書及び添付資料に含まれる個人情報を利用し、他の自治体や医療機関等に申請状況等を確認する場合があります。

(添付書類)

- PCR等検査の実施と検査を受けた日が妊娠期間中であることが確認できる書類 (母子健康手帳の「出生届出済証明」及び「妊娠中の経過」のページの写し等)
- PCR等検査に要した費用が確認できる書類 (医療機関発行の領収書、診療明細書)
- 助成金の振込先が確認できる書類 (本人(妊産婦)の預金口座通帳の写し)
*申請者と口座名義人が異なる場合 委任状 (任意様式)