

船 橋 市 長 あて

船橋市不安を抱える妊婦への分娩前PCR検査費用助成金申請書

船橋市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成取扱要綱第4条の規定により次のとおり申請します。

記

申請者氏名カナ	
申請者氏名 (分娩前ウイルス検査を受ける妊婦)	⑩
申請者住所 (住民票上のご住所)	〒 ー  TEL: ( )
産科医療機関等	
分娩前ウイルス検査を受けた医療機関等	
<p>この助成金は、1人当たり1回の妊娠につき1回の補助となっておりますので、船橋市が他の自治体や医療機関等に申請状況や検査内容等を確認する場合及び他の自治体や医療機関等から申請状況等の求めがあった場合に、本申請書及び添付資料に含まれる個人情報を利用することについて、同意をお願いいたします。</p>	
<p>上記内容について、同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 ..... ⑩</p>	

分娩前ウイルス検査に要した費用を既に支払ったので、次の振込先に入金願います。

振込先口座					
銀行 信用金庫			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)	

- ① 振込先口座については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。  
(申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。)
- ② 下記の書類を添付ください。
  - ・「分娩前ウイルス検査等の実施に要した費用に係る領収書(原本)」
  - ・「金融機関振込先が確認できるもの(通帳等の写し)」
  - ・「検査に関する申出書(ホームページからダウンロードください)」
- ③ 申請後、60日以内にご指定の口座へお振込みいたしますので、通帳記帳等にてご確認ください。

