

不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

関係書類を添えて下記のとおり「不安を抱える妊婦の分娩前ウイルス検査費用」の助成を申請します。

なお、千葉県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際に、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同意します。

記

ふりがな			
申請者氏名 (PCR検査を受けた御本人)			
申請者生年月日		昭和・平成 年 月 日生	
申請者住所 (住民票上のご住所)		〒 - TEL: ()	
申請額		円 (20,000円を上限に検査費用のみを助成します。)	
かかりつけ産婦人科			
検査を受けた医療機関			
検査の種類等 (該当する方に○をつけてください。)		検体	鼻咽頭ぬぐい液 ・ 唾液
		検査方法	(PCR法・LAMP法) 核酸増幅法による検査 ・ 抗原定量検査
		検査理由	基礎疾患*があるため ・ 強い不安があるため
振込先口座	金融機関名	本支店名	
	種別	普通・当座	フリガナ
			口座名義人
口座番号			
【添付書類】			
1. 本人の住所が確認できるもの(免許書等の写しなど) 2. 検査を実施した際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			

※基礎疾患…重症化のリスク因子とされている疾患(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等。)

【千葉県記入欄】

申請書受理日	承認・不承認決定日
--------	-----------

記載例

不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書

令和 3年 4月 5日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

関係書類を添えて下記のとおり「不安を抱える妊婦の分娩前ウイルス検査費用」の助成を申請します。

なお、千葉県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際に、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同意します。

記

ふりがな 申請者氏名 (PCR検査を受けた御本人)	ちば はなこ 千葉 花子							
申請者生年月日	昭和・平成 元年 2月 3日生							
申請者住所 (住民票上のご住所)	〒260-8667 千葉市中央区市場町1-1 TEL:090(111)1111							
申請額	19,500 円 (20,000円を上限に検査費用のみを助成します。)							
かかりつけ産婦人科	〇〇産婦人科クリニック							
検査を受けた医療機関	〇〇大学医学部附属〇〇病院							
検査の種類等 (該当する方に○をつけてください。)	検体	鼻咽頭ぬぐい液 ・ 唾液						
	検査方法	(PCR法・LAMP法) 核酸増幅法による検査 ・ 抗原定量検査						
	検査理由	基礎疾患*があるため ・ 強い不安があるため						
振込先口座	金融機関名	千葉銀行				本支店名	県庁支店	
	種別	普通 当座		フリガナ	千バ ハナコ			
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
【添付書類】 1. 本人の住所が確認できるもの(免許書等の写しなど) 2. 検査を実施した際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								

※基礎疾患…重症化のリスク因子とされている疾患(慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等。)

【千葉県記入欄】

申請書受理日	承認・不承認決定日
--------	-----------