

(別記第2号様式)

### 熊本県妊婦ウイルス検査費助成申請書

熊本県知事 様

熊本県分娩前新型コロナウイルス感染症検査費助成事業補助金交付要領第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

年 月 日

申請者 (受検者)	住所	〒				生年月日	年 月 日	
	フリガナ 氏名					TEL		
振込口座 申出欄	金融機関名					支店名		
	預金種別	普通 ・ 当座			口座名義人 (申請者の口座に限ります)	(フリガナ)		
	口座番号						右詰めで 記入してください	

この助成金は、1回の妊娠につき、1人1回の補助となっておりますので、熊本県が必要に応じて申請状況や検査内容等について、他の自治体や医療機関等に照会することに同意をお願いします。(他自治体等への確認の結果、既に助成を受けられている場合は本県の助成対象とならないことがあります。)

また、他の自治体等から申請状況等について照会があった場合に、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します。

上記内容について、同意します。 氏名： \_\_\_\_\_

[ 検査実施状況及び助成費申請額 ]

妊婦ウイルス検査を受検した医療機関等

名称： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

実施日	検査費用額 (申請額) (実際にかかった費用) 【A】	助成限度額 【B】	助成額 【A】と【B】を比較して 少ない方の額
年 月 日 (妊娠 週)	円	9,000円	円

<添付書類確認欄>

領収書

※原本を添付してください。返却を希望される場合は、返信用封筒に切手を貼って御提出ください。

母子健康手帳コピー (健診結果などの医療機関または市町村等の記入があるページ等)