

令和 年 月 日

東京都北区長 殿

**東京都北区分娩前PCR検査費用助成金申請書（検査実施機関用）**

東京都北区分娩前PCR検査費用助成金交付要綱第4条（2）に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。

なお、全ての受検者に対して検査及び陽性となった場合の説明をしており、他自治体を実施する令和2年度母子保健衛生費国庫補助金（令和2年度第二次補正予算分）交付要綱に基づく費用助成を受けていないことを申し添えます。

記

検査実施機関名	
代表者名	⑨
検査実施機関所在地	〒            - TEL :            (            )
申 請 額	金                            円
1件あたり検査費用	金                            円
検査実施数	件
検査実施期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

※この申請に基づく支給審査に当たり、別途資料の提出を求めることがあります。

添付書類

- 1 東京都北区分娩前PCR検査実施証明書（第3号様式）