

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

東京都北区分娩前PCR検査費用助成金交付要綱第4条（1）に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。

なお、他自治体が実施する令和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

ふりがな	きたく はなこ
申請者氏名	北区 花子 印（自署の場合、押印不要）
申請者生年月日	昭和・平成 61年 8月 25日
申請者住所	〒114-8508 北区王子本町1-15-22 TEL: 03(3908)1134 ※昼間に連絡可能な番号
かかりつけ産婦人科	●●病院
検査実施機関 (同上の場合記載不要)	
検査実施年月日	令和 2年 7月 7日
個人情報の利用及び医師からの 検査の説明について 【同意・確認事項】	・区が本事業の実施に必要な場合、個人情報を検査実施機関等への照会等に利用することに同意します。 ・医師から検査及び陽性となった場合の説明を受けました。 申請者氏名: 北区 花子 印（自署の場合、押印不要）
検査に要した費用 (2万円を上限に助成します。)	金 20,000 円

添付書類

※必ず添付してください

- 1 本人の住所が確認できるもの（免許証等の写し）
- 2 検査実施機関が発行した検査に要した費用の確認ができる領収書の写し
- 3 検査実施時に妊娠中であることが確認できるもの（母子健康手帳の表紙及び1頁の写し）