

記載例(医療機関委任用)

新潟市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業申請書

(宛先) 新潟市長

関係書類を添えて下記のとおり申請します。

自署の場合
印不要

年 月 日

申請者氏名 (検査を受けたご本人)	新潟 華子 ㊟															
申請者住所 ※里帰り出産の場合は、里帰り先の住所を記入	〒 951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1 電話: 025 (228) 1205															
かかりつけ産科医療機関名	新潟市民病院															
検査を受けた医療機関等の名称 (検査実施機関)	同上 <small>かかりつけ産科医療機関で検査を受けた場合は「同上」</small>															
出産予定日・検査日	出産予定日: R2 年 10月 10日 検査日: R2 年 9月 20日															
【事前説明の有無の確認】 ※ この助成金は、検査を受ける前に、かかりつけ産科医療機関から事前説明を受ける必要があります。	チェック (<input checked="" type="checkbox"/>) を入れてください。 <input type="checkbox"/> 事前説明を受けて (検査申込書に署名して) 受けました。															
【助成金の申請について】 ※ 1人1回の補助です。複数回助成を受けることはできません。	チェック (<input checked="" type="checkbox"/>) を入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請が1回目の申請です。他の自治体が助成している場合、検査費用の助成は受けていません。															
【個人情報等の利用について】 この助成金は、1人1回です。新潟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際に、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がありますのでご承知おきください。																
下記口欄のどちらかにチェック (<input checked="" type="checkbox"/>) を入れ、必要事項を記入してください。																
<input checked="" type="checkbox"/>	検査に要した費用に係る助成金の請求及び受領について、検査実施機関に委任します。 R2 年 9月 30日 (申請者氏名) 新潟 華子 (自署の場合押印不要) ㊟															
<input type="checkbox"/>	検査に要した費用に係る助成金を下記の振込先に入金願います。 <table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>金融機関名</td> <td>銀行コ</td> <td colspan="2">記載不要</td> <td>支店・営業部</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td>普通</td> <td colspan="2"></td> <td>本店・出張所</td> </tr> <tr> <td>(ふりがな)</td> <td>口座名義人</td> <td colspan="2"></td> <td>)</td> </tr> </table> ※申請者名義の口座を記載下さい。 (添付書類) ○本人確認書類 (運転免許証、健康保険証など) の写し ○検査に要した費用が確認できる書類 (医療機関等が発行した領収書・診療明細書) (原本) ○振込先金融機関口座が確認できる書類の写し	金融機関名	銀行コ	記載不要		支店・営業部	預金種別	普通			本店・出張所	(ふりがな)	口座名義人)
金融機関名	銀行コ	記載不要		支店・営業部												
預金種別	普通			本店・出張所												
(ふりがな)	口座名義人)												

医療機関等で事前に説明を受けた検査であった場合チェックをしてください

他の医療機関で同じ理由で受けた場合、今回の申請はできません。

必ずお読みください