

里帰りなどにより他都道府県にて受検し、
本人が直接申請する場合に使用

申請書記入例

令和 3 年 2 月 3 日

沖縄県知事 殿

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兼請求書

「不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査費用」の助成について、下記のとおり交付されるよう申請します。なお、他自治体を実施する国要綱に基づく助成を受けていないことを申し添えます。

記

押印お願いします

ふりがな 申請者氏名 (検査を受ける本人)	おきなわ あいこ 沖縄 愛子 印		
申請者生年月日	昭和・平成 7 年 4 月 8 日		
申請者住所 (住民票上の住所)	〒9 0 0 - 8 5 7 0 那覇市泉崎1丁目2番2号 TEL: 098-866-2215 ※ 昼間に連絡可能な番号		
かかりつけ産婦人科	〇〇産婦人科医院		
検査実施機関 (同上の場合記載不要)			
検査実施年月日	令和 3 年 1 月 5 日	検査時妊娠週数	3 8 週
検査結果	陽性 ・ 陰性		
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】	・沖縄県が本事業の実施に必要な場合、個人情報を関係自治体、関係医療機関等への照会等に利用する事に同意します。 ・医師から【検査申込書】に記載の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(自筆) 沖縄 愛子		
検査に要した費用	15,500 円 2万円を上限に検査費用のみ助成します。		

検査に要した費用にかかる助成金を下記の振込先に入金願います。
なお、その振込をもって助成事業が承認通知されたものとして了承いたします。

口座振込先※申請者名義の口座としてください。									
那覇	銀行 信用金庫 農協			那覇	支店 本店 営業所		預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号 (右詰で記入)	1	2	3	4	5	7	0	口座名義 (カタカナ)	オキナワ アイコ

【添付書類】

- 1 本人の住所が確認できるもの(免許証の写しなど)
- 2 検査実施時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
- 5 債権者登録申請書