

藤沢市分娩前妊婦PCR等検査費用助成金交付申請書

藤 沢 市 長

年 月 日

藤沢市分娩前妊婦PCR等検査費用助成金交付要綱第4条の規定により、分娩前妊婦PCR等検査費用の助成を次のとおり申請します。

なお、助成金の交付に関し必要な情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

申請者氏名 (妊婦本人)
〒 _____ 現住所
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
電話番号 _____ <small>※平日の日中に連絡がとれる番号</small>

代理人氏名 _____ 印 (続柄 _____)

申請者に同じ

住 所 _____

電話番号 _____

※転出後に藤沢市居住時に受けた検査について申請する場合のみ、藤沢市居住時の住所を次の欄に記入してください

住 所 _____

申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で市内指定医療機関で受診することが困難なため 【現在、里帰り中の場合、滞在先について記入してください】 滞在先住所 _____ (_____ 方) 連 絡 先 _____ <input type="checkbox"/> その他	受診医療機関		
検査受診日	妊娠週数	検査結果	支払済額 (検査費用等)	申請額
年 月 日	週 日	陰性・陽性	円	- 円
継続支援意向確認 (陽性の場合記入)	無 ・ 有 ・ 未定 (上記で有・未定の方で藤沢市外に滞在している場合) 帰宅予定時期 _____ 月 _____ 日頃			

【添付書類】 ①領収書の写し ②母子健康手帳の写し (妊娠中の経過の記載ページ)

申請受理年月日	(交付・不交付)決定年月日	交付決定額
・ ・	・ ・	<input type="checkbox"/> 申請金額のとおり <input type="checkbox"/> 円
備考		