

大分県知事 殿

不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査費用助成申請書

下記のとおり関係書類を添えて助成を申請します。

記

申請者氏名 (検査を受ける本人)	
申請者生年月日	昭和・平成 年 月 日生
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 _____ TEL: _____ ※ 昼間に連絡可能な番号
申請額	_____ 円 (20,000円を上限に検査費用のみを助成します。)
かかりつけ産婦人科	
検査を受けた医療機関 (同上の場合記載不要)	
検査実施年月日	令和 年 月 日
申請内容等に関する 個人情報を大分県が 利用することについ ての同意事項	<p>本事業は、妊婦1人あたり1回の妊娠につき1回を限度とした助成となっており、大分県が関係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、本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に同意をお願いいたします。</p> <p>個人情報の利用について、同意します。</p> <p>申請者氏名: _____ (署名)</p>

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。
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					
金融機関名		本支店名		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号 (右詰で記入)				(フリガナ) 口座名義	

※ 口座名義は、申請者名義の口座を記入ください。

添付資料

- 1 口座振込先情報が分かる資料 (通帳の写し等)
- 2 検査費用に係る領収書 (原本)