

不安を抱える妊婦への分娩前のPCR等検査支給金交付申請書

年 月 日

(あて先) 佐世保市長

申請者の住所

申請者の氏名

不安を抱える妊婦への分娩前のPCR等検査を長崎県外で受診したので、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | | | | |
|-----------------|------------|----------------|------|-----------------|--|-----|------|-------|--|
| 受検内容 | 分娩前のPCR等検査 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| 受検者氏名 | | | | | | | | | |
| TEL (自宅又は携帯) | | | | | | | | | |
| 住所 (住民票の住所) | 〒 | (様方) | | | | TEL | () | - | |
| 受検日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | | 本店 支店 出張所 | | | 預金種別 | 普通・当座 | |
| | フリガナ | | | 口座番号 | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | |

*振込先が受検者以外の方の口座になる場合は、受領に係る委任状を添付してください。

【請求内訳】

| | | |
|--------|---------|---------------------|
| ア 領収金額 | イ 支給限度額 | 請求額 (アとイのうち少ない額) |
| 円 | 20,000円 | 円 |

(請求額の訂正はできません。)

【申請内容等に関する個人情報を佐世保市が活用することについての同意書】

この補助金は、1人あたり1回の妊婦につき1回の補助となっておりますので、佐世保市が他の自治体や利用機関等に申請状況や検査内容等を確認する際に、本申請書及び添付書類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。

個人情報の利用について、同意いたします。

本人署名欄

【添付書類】

1. 検査に要した費用が確認できる書類（領収書（原本）等）
2. 申請者本人の住所が確認できる書類（運転免許所の写し等）
3. 金融機関振込先が確認できる書類（通帳の写し等）
4. 出産日が確認できる書類（母子手帳の写し等）