

(様式第1号)

埼玉県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

上記補助金の支給を受けたいので、必要書類を添え、次のとおり申請します。  
なお、本申請に基づく補助金の支給決定に当たり、確認等が必要な場合には、県が検査実施医療機関等に検査状況の確認等を行うことに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請者 (検査受検者)		電話番号
住所	現住所	〒 —	
	検査日時点の住所	〒 — ※現住所と異なる場合はご記入ください	
検査実施医療機関	名称		
	所在地	〒 —	電話番号 — —
検査年月日	年 月 日	出産(予定)日	年 月 日
その他確認事項 (確認したものにチェック☑)	<input type="checkbox"/> 発熱等新型コロナウイルス感染症を疑う症状がない場合に受検した検査である。 <input type="checkbox"/> 他の自治体も含めて「不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査等」の補助を受けるのは、今回が初めてである。		
添付書類 (添付したものにチェック☑)	<input type="checkbox"/> 埼玉県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業補助金実績報告書兼補助金請求書(様式第2号) <input type="checkbox"/> 本人の住所が確認できるもの(運転免許証の写しなど) <input type="checkbox"/> 医療機関等が発行した領収書と明細書(検査実施がわかる書類)のコピー <input type="checkbox"/> 振込先の口座情報部分(見開き1ページ目)のコピー		

※太枠内の必要事項を記入してください。