

第2号様式

## 分娩前新型コロナウイルス検査費助成申請書

(宛先) 名古屋市長

関係書類を添えて、分娩前新型コロナウイルス検査にかかる費用の助成を申請します。また、名古屋市がこの申請に必要な情報について医療機関等に照会することに同意します。

母子健康手帳番号									
申請者氏名 (妊婦氏名)					電話番号	- -			
申請者住所	〒 - - -			送付先住所	〒 - - -				
振込先 (旧姓不可)		金融機関名	銀行 農協 金庫		本店 営業部 支店 出張所				
金融機関コード			店舗コード			預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		
(フリガナ)	( )			口座番号					
口座名義人									

申請額

円

## 《注意事項》

- 太枠の中を全てご記入ください。
- 申請期限は令和3年3月31日です。(消印有効)
- 振込先口座は妊婦様の口座に限ります。

(医療機関証明欄)

## 分娩前新型コロナウイルス検査に要した費用等証明書

- 1 当医療機関は、名古屋市不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス検査実施要綱第5条に定める下記の検査実施機関のいずれかに該当し、産婦人科医師(産婦人科専門医)が在籍しています。

※該当する箇所に☑をつけてください。

- 妊婦健診を行う医療機関                       地域外来・検査センター  
 分娩予定の医療機関                               その他 ( )  
 帰国者・接触者外来

- 2 分娩前新型コロナウイルス検査について、別紙受診票に記載された内容について申請者へ説明をし、了承を得たうえで実施をしています。  
また、検査に要した費用については、下記のとおりであることを証明します。

分娩前新型コロナウイルス検査に要した費用 円

年 月 日

医療機関所在地

名称・代表者氏名

## 《添付書類》

- 分娩前新型コロナウイルス検査受診票  
 振込先の口座情報(金融機関名・口座番号・口座名義人)がわかる部分のコピー