

奈良市長 殿

申請者

[妊婦氏名]

奈良市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
検査事業補助金交付申請書（償還払用）

奈良市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事業補助金の交付を受けたいので、次の確認事項に同意のうえ、関係書類を添えて申請します。

(確認事項)

※該当するものにチェック (☑) をお願いします。全てにチェック (☑) がないと助成対象となりません。

奈良市に住民登録がある。

本事業による補助を受けるのは1回目である。

健康保険の適用を受けずに全額自費で支払いを行った。

分娩予定日の概ね4週間以内に医師から検査説明を受け、検査を受けた。

無症状で検査を受検した。

1. 申請者：新型コロナウイルス感染症検査を受けた妊婦の方

氏 名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所	〒 - 住所：		
電 話 番 号	- -		
かかりつけの 産婦人科医療機関	(都道府県)	検 査 実 施 医 療 機 関 等	(都道府県)

2. 申請額 (領収書に記載の対象経費についてご記載ください。※20,000円を超える場合は、20,000円)

申 請 額	円
-------	---

3. 検査結果 (検査結果にチェック (☑) を入れてください。)

検査実施日：令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 陽性
----------------	-----------------------------	-----------------------------

4. 口座情報 (検査を受けた妊婦の方の口座をご記入ください。)

受 取 人 (口 座 名 義)	フリガナ	
	口 座 名 義	
振込先金融機関		
支 店 名	(支店コード：)	
預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号

5. 添付書類

- ・新型コロナウイルス感染症検査等に要した費用の額が確認できる書類 (領収書等)