

福岡市妊婦への新型コロナウイルス感染症PCR検査助成金交付申請書（請求書）

年 月 日

申請先 福岡市長

私は、下記事項に同意の上、福岡市妊婦への新型コロナウイルス感染症PCR検査助成金の交付を申請します。

- ①申請した内容について確認の必要がある場合は、福岡市が公簿等で確認することに同意します。
②福岡市が公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

1 申請者（妊婦PCR検査の受診者名）

Table with 4 columns: ふりがな, 氏名, 住所, 転出・入者のみ記入してください. Includes fields for birth date, address, and transfer dates.

注 氏名の欄は、記名・押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。

2 助成金申請額

Table with 4 columns: 検査年月日, 検査結果, 自己負担額 (領収書金額), 申請額. Includes fields for date, result (陰性・陽性), and amount in yen.

※ 助成の対象となる妊婦PCR検査については、令和2年10月20日から令和4年3月31日までに検査した者に限ります。

3 寄り添い型支援（検査の結果、陽性となった場合）

お住まいの区保健福祉センターでは、検査の結果、陽性となった妊産婦さんご本人が希望する場合に、退院後、保健師等による訪問や電話での健康相談、保健指導、育児支援等を行います。（支援の具体的な内容は、妊産婦さんの状態等によって異なります。）寄り添い型支援を希望する場合は下記にチェックをお願いします。

Form with checkbox: 区保健福祉センターによる、寄り添い型支援を希望します。

4 振込先

Table for bank transfer details with columns for financial institution name, account type, branch, and account number.

(添付書類) ①領収書 (保険診療でないことが確認できるもの) ※紛失した場合は受検等証明書

②振込先口座の通帳のコピー (預金名義人等が確認できるページ) ※母子健康手帳を持参してください。

Table for administrative entry with checkboxes for residence and confirmation, and fields for decision date and amount.