

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 columns for name, address, birth date, and transfer dates. Includes fields for 'フリガナ', '氏名', '住所', '転出・入者のみ記入してください'.

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 columns: 検査年月日, 検査結果, 自己負担額 (領収書金額), 申請額. Includes a row for '令和 年 月 日'.

※ 助成の対象となる妊婦PCR検査については、令和3年10月1日から令和5年9月30日までに検査したものに限ります。

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。

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, and branch. Includes fields for '金融機関名', '預金種別', '口座番号', '番号', '本店・支店・出張所'.

(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 recording with columns for department (区健康課, こども健やか課) and checkboxes for confirmation of residence and application status.