

(あて先)
茅ヶ崎市長

**茅ヶ崎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助成交付申請書**

茅ヶ崎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助成事業実施要綱第4条第1項第1号の規定に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。

なお、他自治体を実施する国要綱に基づく助成を受けていないこと、及び受検にあたり国が定める検査申込書を検査実施医療機関に提出していることを申し添えます。

記

申請者氏名 (検査を受ける本人)	印 ※ ※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。
申請者生年月日	年 月 日
申請者住所及び 電話番号 (住民票上の住所)	〒 ー 電話番号: ()
かかりつけ産婦人科	
検査実施医療機関 (同上の場合省略可)	
検査実施年月日	年 月 日
個人情報の利用及び 医師からの検査説明 について	・茅ヶ崎市が本事業の実施に必要な場合、個人情報を関係自治体、関係医療機関等への照会等に利用することに同意します。 ・医師から【検査申込書】に記載の検査及び陽性となった場合の説明を受けました。
【同意・確認事項】	申請者氏名
検査に要した費用 (上限9,000円)	円

添付書類

1. 検査費用に係る領収書の写し
2. 母子健康手帳の写し

担当課記入欄	申請受付番号()	
	【本人確認書類】	対応職員
	<input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード(特) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> その他()	