

寝屋川市不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成申請書兼請求書

捨印

- 1 太枠内のみ記入してください。押印箇所は2か所(捨印、申請・委任の氏名横)あります。
- 2 PCR 検査を受検したこと及びその金額が証明できる書類は裏面に添付ください。
- 3 有症状により帰国者・相談支援センターに相談し、医療保険を使用した検査は対象外です。

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳
申請者氏名 (妊産婦)						

寝屋川市
使用欄

住民
確認

1 本事業の対象であるか判断するため、必ず(はい・いいえ)に○を記載ください

1	検査当日に寝屋川市に居住し、住民登録していました。	はい・いいえ
2	令和3年4月1日から令和4年3月31日の期間に受検しました。	はい・いいえ
3	検査は私(申請者)の希望、かつ任意で行ったものです。	はい・いいえ
4	検査前に、新型コロナウイルスの症状がなく検査を受けることのリスクの説明を医療機関より受け、承諾書を記入の上受検しました。	はい・いいえ
5	今回の妊娠において、PCR検査に係る費用助成を受けるのは1回目です。(行政検査及び、有症状等で医療保険診療適用分は除く)	はい・いいえ

妊娠
確認

1

2 PCR 検査を受けた医療機関を記載ください。

医療機関の所在地(例:〇〇県△△市)	医療機関名
都道府県	市町村
妊婦健康診査(後期受診)及び分娩場所	
<input type="checkbox"/> 上記と同じ	医療機関名
<input type="checkbox"/> 上記と異なる→右欄記載	

2

3 PCR 検査に要した金額・日付・出産日(分娩予定日)を記載ください。

検査費用	円	助成額は上限 20,000 円です
検査を受けた日	令和 年 月 日	分娩予定日 2 週以内。ただし、医師の
出産した日(予定日)	令和 年 月 日	判断(分娩が早まる場合等)でも適応。

3

下記の(1)~(4)事項に同意し、**必要書類を裏面添付**のうえ申請します。

私が受領する検査助成金については下記の口座に振り込んでください。

(口座名義が本人でない場合) 口座名義人に受領を委任します。

- (1) 確認にあたり公簿等及び、上記医療機関等へ照会を行うことがあります。
- (2) 公簿などで確認できない場合は、再度書類の提出を求められることがあります。
- (3) 状況により審査期間が長くなる場合があります。また、国の要件を満たしていないと判断された場合は、助成対象外となることがあります。
- (4) 提出された書類の返却は行いません。

令和 年 月 日

寝屋川市長 宛 郵便番号 _____

申請者(妊産婦) 住 所 寝屋川市 _____
電話番号 (自宅) _____ (携帯) _____

氏名 _____ (印)

押印

ゆうちょ銀行以外	金融機関	銀行・ 信金・信 組 農協・労金	本店 支店 出張所	フリガナ
	口座番号	いずれかに○ 普通 当座		旧姓名義ですか? <input type="checkbox"/> はい
	金融機関コード	支店コード		

口座

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目があるときは※に記入)	※
	通帳番号	1

受付印

不備 あり ・ なし	助成決定 可 ・ 否
------------	------------

令和4年3月31日(木)までに送付ください(当日消印まで有効)
検査が締切り間際で、期限に投函できない場合でも
必ず令和4年3月31日までにご連絡(072-838-0374)ください。

①～③の枠内にしっかりと貼付けてください。

本人確認書類の写し 貼り付け欄

① 本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード・健康保険証など)の写しの貼付け 下記のうちいずれか1点

- 運転免許証の写し
転居により寝屋川市の住所が裏面記載の場合は両面ともコピーし貼付けてください。
- マイナンバーカードの写し
表面の顔写真がある側の写しを貼付けてください
- 健康保険証の写し

備考) 検査当日は寝屋川市住民で申請時に市外に転居している場合は、現在の住所でも可能。

金融機関口座確認書類の写し 貼り付け欄

② 振込先の金融機関口座確認書類写しの貼付け 下記のうちいずれか1点

- 通帳の写し
口座名義人及び口座番号の確認ができる部分写しを添付してください
- キャッシュカードの写し

分娩前にPCR検査受検したことが証明できる書類 貼り付け欄

③ PCR検査領収書・明細書(写し可能)
または、医療機関が発行した証明書など。

- 領収書・明細書で分娩前のPCR検査を受けたことが証明できない場合は、医療機関に証明書の作成を依頼し、提出してください。書類作成にかかる費用は自己負担となります。
- 証明書に含んでいただきたい内容
 - ① 検査を受けた日
 - ② 検査を受けた人(申請者)の記載
 - ③ 検査を受けた医療機関名
 - ④ PCR検査に要した費用
 - ⑤ 医療保険適用していないことの記載

注意) 提出いただいた書類は返却できません