


東京都知事 様

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査実施報告書兼請求書

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成事業実施要綱第7の2(1)アに基づき、別添のとおり申請書を提出しますので、下記のとおり支払われるよう請求します。

なお、全ての受検者からは都要綱に定める東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査申込書兼確認書(第2号様式)が提出されており、検査実施機関において検査実施日の属する年度の翌年度から5年間保管することとしておりますことを申し添えます。

記

検査実施機関名 代表者	東京病院 院長 東京 太郎 	
検査実施機関所在地	〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 TEL: 03(5320)4372	
添付申請書数	計 10 枚	
請求金額 (1件当たり9千円を上限に助成します。)	金 90,000 円	
検査実施数	10 件	
検査実施方法 (該当に○) (複数回答可)	検 体	鼻咽頭ぬぐい液 ・ <u>唾液</u>
	検 査 方 法	核酸増幅法(PCR法) ・ 核酸増幅法(LAMP法) <u>抗原定量検査</u>
検 査 結 果	陽性 2名 / 陰性 8名	

※ 振込を希望する口座振込先を記載してください。

口座振込先						
みずほ	<u>銀行</u> 信用金庫 農 協	都庁	支 店 <u>出張所</u>	預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号 (右詰で記入)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	口座名義 (カタカナ)	トウキョウビヨウイン			

注) 原則、医療機関名義の口座を記載してください。

【添付書類】

- 1 検査実施時の申込書兼確認書(第2号様式)(写し)
- 2 助成金の申請及び助成金の受領委任を受けた申請書(第4号様式)(原本)