

東京都知事 様

記入例

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書（委任用）

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（以下「都要綱」という。）第7の2（1）アに基づき、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当たり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）を検査実施機関に提出しておりますことを申し添えます。

記

ふりがな	とうきょう はなこ
申請者氏名 (検査を受ける本人)	東京 花子
申請者生年月日	昭和・平成 元年 9月 7日
申請者住所	〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 TEL: 03(5320)4372 ※昼間に連絡可能な番号
かかりつけ産婦人科	〇〇病院
検査実施機関 (同上の場合記載不要)	
検査実施年月日	令和 5年 4月 1日
個人情報の利用及び医師からの検査の説明について 【同意・確認事項】	<ul style="list-style-type: none">当検査結果について、東京都が情報を得ることに同意します。東京都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【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】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。 申請者氏名 東京 花子

※ 下記に必要事項を記載してください。

検査に要した費用に係る助成金の請求及び受領について、検査実施機関に委任いたします。

令和 5年 4月 1日

(申請者氏名) 東京 花子

添付書類

- 検査費用に係る診療明細書など、費用内訳が分かる書類

検査実施機関は、健康保険証や母子健康手帳により、本人確認をお願いします。
記載の住所が「申請者住所」と異なる場合は、東京都内に居住していることを御確認ください。
ただし、東京都内への里帰りは、居住しているとはみなしません。