

横浜市不安を抱える妊婦への分娩前PCR検査等費用助成金支給申請書

横浜市長

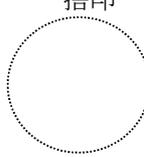
- ・関係書類を添えて、PCR検査等費用の助成を申請します。
- ・横浜市がこの申請に必要な情報について調査すること、病院又は診療所等にPCR検査等について照会することに同意します。
- ・他の自治体で、分娩前のPCR検査等の費用助成を受けたことがなく、横浜市内の医療機関でもこの事業に適用される検査を受検した事がない事を申し添えます。
- ・検査前に検査に必要な説明を医師から受け、検査を受検する事に同意しています。

申請日	年 月 日
-----	-------

太枠の中をご記入ください。

母子健康手帳番号

(フリガナ) 申請者 氏名 (PCR検査等を受診した人)	()	印
生年月日	S・H 年 月 日生	
住 所	〒 横浜市	
電話番号	— —	自宅・呼出・職場 携帯・PHS・潜在先()
	— —	自宅・呼出・職場 携帯・PHS・潜在先()

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 農協	支店コード				捨印 
	預金種別	1 普通 2 当座 (いずれかに○)					
	(フリガナ)	()					
	口座名義人						
※1	口座番号						(右づめで記入)

PCR検査等受診者本人以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください。

私は、次の者にPCR検査等費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
住所	
受任者 氏名 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者)
	印

【注意】 訂正する場合は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所に申請者印を押印してください。

※1 振込先がゆうちょ銀行の場合には、振込用の店名・口座番号を確認してご記入ください。

ご提出いただいた個人情報、横浜市個人情報の保護に関する条例第10条第1項ただし書きに定める場合を除き、横浜市不安を抱える妊婦への分娩前PCR検査等費用助成事業以外の目的で利用することはありません。

受 理 印
印