不安を抱える妊婦への分娩前のウイルス検査支給金交付申請書

年　　月　　日

(あて先)　長　崎　市　長

申請者の住所

申請者の氏名

不安を抱える妊婦への分娩前のウイルス検査を長崎県外で受診したので、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td>受検内容</td><td colspan="6">分娩前のウイルス検査</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="3" rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受検者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>TEL
(自宅又は携帯)</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>住所
(里帰り先)</td><td colspan="3">〒　　(　　様方)</td><td>TEL</td><td colspan="2">(　　)
－</td></tr>
<tr><td>受検日</td><td colspan="6">令和　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">振込先</td><td>金融機関名</td><td>銀行
金庫
農協</td><td colspan="4">本店
支店
出張所</td><td>預金種別</td><td colspan="2">普通・当座</td></tr>
<tr><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td></td><td rowspan="2">口座番号</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td></td></tr>
</table>

＊振込先が受検者以外の方の口座になる場合は、受領に係る委任状を添付してください。

【請求内訳】

ア　領収金額	イ　支給限度額	請求額 （アとイのうち少ない額）
円	9,000円	円

（請求額の訂正はできません。）