

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査料助成申請書

年 月 日

静岡県知事 様

静岡県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査料の助成に係る取扱要領第5第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

また、静岡県がこの申請に必要な情報について検査実施医療機関等へ照会することに同意します。

1 交付申請内容

フリガナ		生年 月日	年 月 日	
氏名			(満 歳)	
住所	〒 静岡県			
別送先 (希望者のみ)	〒			
検査実施日	年 月 日 (妊娠 週)			
検査実施医療機関等 名称及び所在地	名称： 所在地：			
検査の種類	核酸検出検査（PCR等） ・ 抗原定量検査 ※どちらかに○			
検査費用 (申請額)	円 ※検査料、検査判断料、鼻腔・咽頭拭い液採取に係る費用のみ対象です。			
口座振替先	振込先金融機関名（支店名まで）			
	口座種別		口座番号	