第１－１号様式

**【県内医療機関受診妊婦用】**

令和　　年　　月　　日

三重県知事　あて

令和　　年度三重県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業補助金交付申請書

　三重県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業補助金交付要領第６条第１項に基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。また、当申請にかかる実績報告については、三重県不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査事業補助金交付要領第９条第３項に基づき、当申請書の提出をもって実績報告書の提出のかわりとします。

　なお、他自治体が実施する国要綱に基づく補助を受けていないこと、ならびに受検にあたり国が定める検査申込書を検査実施医療機関に提出しておりますことを申し添えます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名（検査を受ける本人） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 申請者住所（住民票上の住所） | 〒　　　－TEL:　　　(　　　)　　　　　　　※昼間に連絡可能な番号 |
| 検査実施医療機関 |  |
| 検査実施年月日 | 令和　　　年　　　月　　　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】 | ・三重県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【検査申込書】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　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ※検査に要した費用等の証明欄（**検査実施機関**において記載してください。） |
| 検査に要した費用等の証明書（妊婦本人から費用を徴収した場合は領収書を兼ねる）金　　　　　　　　　円検査に要した費用は上記の通りであるとともに、下記の要件のいずれかに該当することを証明します。※下記の□欄にチェック（☑）を入れ、必要事項を記載ください。□　うつ状態にあるなどの不安を抱える妊婦□　基礎疾患を有する者（慢性閉塞性肺疾患、慢性腎臓病、糖尿病、高血圧、心血管疾患等を有する者）　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※　下記の□欄にチェック（☑）を入れ、必要事項を記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 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、検査実施医療機関に委任いたします。令和　　　年　　　月　　　日（申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**検査実施医療機関は「申請者住所」について、健康保険証や母子健康手帳の内容との照合をお願いします。**