

様式第 1 (第 1 4 条関係)

不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査費償還払助成金申請書兼請求書

年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス感染症検査事業実施要綱第 1 4 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり検査受検費に係る費用の助成について申請します。助成金は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ 申請者氏名			生年月日	年 月 日	
申請者住所	鹿児島市 (電話番号 自宅 ( ) 携帯 - - )				
助成申請内容	検査を受けた日	申請額		受診日チェック	決定額
	年 月 日	円			円
	合計	円			円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		フリガナ	
上記検査費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。					
受任者 住所			申請者との続柄		
氏名					

処理欄 (下枠内は記入不要)

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、鹿児島市民の方で、県外の医療機関 (国内のみ) において新型コロナウイルス感染症検査 (保険診療分を除く。) を受けた方が検査費の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、医療機関発行の領収書及び振込先の口座の通帳の写しを添付してください。検査にかかる費用の助成は 1 回しか受けられません。
- 受検費に係る助成金は、検査を受けた日の翌日から請求できます。申請については、令和 5 年 3 月 31 日までに請求してください。(ただし年度末に検査を受けた場合等やむを得ない理由があると市長が認めた場合は、この限りではありません。)