

愛知県知事 殿

原則、月ごとの請求とし、翌月10日までに提出してください。

ウイルス検査助成事業請求書

(不安を抱える妊婦への分娩前ウイルス検査助成事業)

新型コロナウイルス感染症対策妊産婦総合支援事業実施要綱第2条(2)別添2の第4(2)に基づき、別添のとおり「ウイルス検査助成事業申請書」を提出しますので、下記のとおり支払われるよう請求します。

なお、全ての受検者からは申請書とともに愛知県知事が定める「ウイルス検査申込書」が提出されており、これは検査実施医療機関において検査実施の属する年度の翌年度から5年間保管することを申し添えます。

記

検査実施医療機関名 代 表 者 名	〇〇法人 〇〇産婦人科クリニック
検査実施医療機関所在地	〒△△△-△△△ 〇〇市〇〇町△△-△ TEL: △△△△(△△) △△△△
添 付 申 請 書 数	計 10 枚
検 査 実 施 件 数 ※検査実施数と添付申請書数は、一致させてください。	検査実施数 (10 件) 陽性者数 (0 件)
請 求 金 額	金 90,000円(令和5年4月実施分)

※ 振込を希望する口座振込先を記載ください。

[検査件数×検査費(上限9,000円)]
月ごとの請求金額を記載してください。

口座振込先						
〇〇	銀 行 信用金庫 農 協	× ×	支 店 出張所	預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号 (右詰で記入)	△	△	△	△	△	△
	口座名義 (カタカナ)			アイチタロウ		

注) 原則、医療機関名義の口座を記載ください。

添付書類：助成金の申請及び助成金の受領委任を受けた申請書（原本）