

## 川越市妊婦分娩前ウイルス検査費用助成金交付申請書

年 月 日

（提出先）

川越市長 川 合 善 明

私は、下記のとおり妊婦分娩前ウイルス検査を受けたので、川越市妊婦分娩前ウイルス検査実施要綱第6条に基づき必要書類を添え、助成金の交付を申請します。

1 申請者（受検者）

フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
氏 名			
住 所	申請者の住所 （住民登録地）	〒 (印) - - )	
	※川越市に里帰りした方のみ 里帰り先住所	〒 川越市 ( 様方)	

2 検査費用等

PCR検査等受 検医療機関等	(名称)
	(所在地) 〒 (印) - - )
検査費用（実費）	円

※検査費用が9千円を超える場合は、9千円を限度に助成金を交付します。

3 振込先（振込先は申請者ご本人の口座になります。諸事情によりご本人以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記「委任状」をご記入ください。）

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金の種類	1 普通      2 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

**※申請者ご本人以外の口座に振り込む場合は、下記委任状を記入してください。**

### 委任状

（提出先） 川越市会計管理者

私（委任者）は、下記の者を代理人と定め、川越市から支払われる妊婦分娩前ウイルス検査費用助成金の受領の権限を委任します。

委任者	住所	代理人	住所
	氏名		氏名

※委任状は、申請者ご本人が、すべて記入してください。