

**都内の検査実施医療機関へ  
請求・受領を委任する場合に使用**

令和 年 月 日

東京都知事 様

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成申請書（委任用）

東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査費用助成事業実施要綱（以下、都要綱という。）第7の2（1）アに基づき、下記のとおり交付されるよう申請します。なお、他自治体  
が実施する国要綱に基づく助成を受けていないこと、ならびに受検にあたり、都要綱に定める  
東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査申込書兼確認書（第2号様式）を検査実施機関に  
提出しておりますことを申し添えます。

記

ふりがな 申請者氏名 (検査を受ける本人)	㊟ (自署の場合、押印不要)
申請者生年月日	昭和・平成 年 月 日
申請者住所	〒 - TEL: ( ) ※昼間に連絡可能な番号
かかりつけ産婦人科	
検査実施機関 (同上の場合記載不要)	
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】	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当検査結果について、東京都が情報を得ることに同意します。</li> <li>・東京都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。</li> <li>・医師から【東京都無症状の妊婦への分娩前ウイルス検査申込書兼確認書】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。</li> </ul> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
※検査に要した費用証明欄（検査実施機関において記載してください。）	
検査に要した費用証明書	
金 円 検査に要した費用は上記の通りであることを証明します。 令和 年 月 日 所在地 医療機関名 ㊟	

※ 下記に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、検査実施機関に委任いたします。  
令和 年 月 日  
(申請者氏名)

添付書類

- 検査費用に係る領収書及び内訳書（原本）※上記の「検査に要した費用証明欄」に記載のない場合のみ

検査実施機関は、健康保険証や母子健康手帳により、本人確認をお願いします。  
記載の住所が「申請者住所」と異なる場合は、東京都内に居住していることを御確認下さい。  
ただし、東京都内への里帰りは、居住しているとはみなしません。