

京 都 府 知 事 様

申請者

(記名押印又は署名)

京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付申請書

新型コロナウイルス感染症の感染について不安がある（または基礎疾患を有している）ためにウイルスの感染の有無を確認する検査を受けたので、補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号）及び京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付要領第5条第1項に基づき、下記のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

申請者氏名 (PCR検査等を受ける御本人)	(ふりがな)
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 - TEL: ()
里帰り先等住所 (他府県から京都府内の親族宅等へ里帰りされている方のみ記載)	〒 - TEL: ()
かかりつけ産婦人科	
PCR検査等を受けた医療機関	
同意書 (右欄の内容を御確認の上、チェック(☑)を入れてください。)	<input type="checkbox"/> 同意します。 この補助金は、1人あたり1回の妊娠につき1回の補助であることを理解したので、京都府が、他の自治体や医療機関等に補助金等の申請状況や検査の内容等を確認する際に、本申請書及び添付資料に含まれる個人情報を利用することに、同意します。

※ 下記□欄のどちらかにチェック(☑)を入れ、必要事項を記載ください。

□	PCR検査等に要した費用に係る補助金の請求及び受領について、 _____に委任いたします。 _____年 月 日 _____ (申請者氏名) _____ (記名押印又は署名)																	
	PCR検査等に要した費用を既に支払ったので、下記の振込先に入金願います。 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th colspan="6">口座振込先</th> </tr> <tr> <td>銀行 信用金庫</td> <td></td> <td>支店 出張所</td> <td>預金 種別</td> <td colspan="2">□ 普通 □ 当座</td> </tr> <tr> <td>口座番号 (右詰で記入)</td> <td></td> <td>口座名義 (カタカナ)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> ① 口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。 (申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。) ② 口座振込を選択された場合は、「PCR検査等の実施に要した費用に係る領収書(原本)」「金融機関振込先が確認できるもの」を添付願います。	口座振込先						銀行 信用金庫		支店 出張所	預金 種別	□ 普通 □ 当座		口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)		
口座振込先																		
銀行 信用金庫		支店 出張所	預金 種別	□ 普通 □ 当座														
口座番号 (右詰で記入)		口座名義 (カタカナ)																

添付書類

1. 本人の住所等が確認できるもの

京 都 府 知 事 様

医療機関名 _____
住 所 _____
代 表 者 名 _____

京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付申請書（医療機関用）
（ 年 月分）

補助金等の交付に関する規則（昭和35年京都府規則第23号）及び京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付要領第5条第1項に基づき、下記のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1. 交付申請者一覧表（第3号様式）

2. 添付書類

- ・ PCR検査等に要した費用の額が確認できる書類
- ・ 交付申請書（第1号様式）
- ・ 本人の住所が確認できるもの

3. 口座振込先

1. 補助金申請額	金	円
2. 受取人 (口座名義)	フリガナ	
	口座名義	
3. 振込先金融機関 及び支店名	銀行 信用金庫 その他 (支店コード 支店) (その他 :)	
4. 預金種別 (いずれかに○を)	普通預金	当座預金
5. 口座番号 (右詰めで記載)		

(注) 京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付要綱以外のPCR検査等に要した費用についての補助等との併給調整を行いますので、交付金額が減額されることがあります。

医療機関名 _____

PCR検査等実施者一覧表
(年 月実施分)

番号	検査日	検査方法	検査受診者名	住所(市町村)	金額
1		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
2		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
3		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
4		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
5		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
6		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
7		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
8		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
9		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
10		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
11		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
12		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
13		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
14		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
15		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
16		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
17		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
18		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
19		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
20		PCR (鼻咽頭・唾液) 抗原定量(鼻咽頭・唾液)			円
合 計					円

検査 受検者	名	うち陽性	名	うち陰性	名
-----------	---	------	---	------	---

注) 「検査方法」欄は、該当するものに○印を記載ください。

番 号
年 月 日

住 所
氏 名 様

京都府知事 西脇 隆俊

京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付決定及び額の確定
について（通知）

令和 年 月 日付けで申請の京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金について、
京都府安心・安全な妊婦出産確保事業補助金交付要領に基づき、下記のとおり交付する
こととし、その額を確定します。

記

交 付 金 額 円

交 付 予 定 日 年 月 日