

令和 年 月 日

青森県知事 殿

申請者 \_\_\_\_\_ 印

青森県妊婦向け新型コロナウイルス感染症検査事業費補助金交付申請書  
(妊婦→県)

青森県妊婦向け新型コロナウイルス感染症検査費助成事業費補助金の交付を受けたいので、青森県補助金等の交付に関する規則第3条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

## 記

交付申請額	金 円	※検査に要した費用と補助上限額 (20,000円)とを比較して少ない方の額
申請者の氏名 (検査を受ける御本人様)		
申請者の住所 (住民票上の御住所)	〒 電話番号:	
申請者の居所 (上記住所と異なる場合のみ記入) (里帰りの場合、里帰り先住所)	〒 電話番号:	
かかりつけ産科医療機関		
検査を受ける施設		
申請内容等に関する 個人情報を青森県が 利用することに ついての同意書	この補助金は、1人あたり1回の補助となっておりますので、青森県が他の自治体や医療機関等に申請状況や検査内容を確認する際に、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があります。 上記個人情報の利用について、同意します。 氏名 _____ 印	

検査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。

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)		

※口座振込先については、申請者名義の口座としてください。

- 添付書類 ①検査の実施に要した費用に係る領収書(原本)  
②金融機関振込先が確認できるもの(通帳のコピー等)