第２号様式

川崎市不安を抱える妊婦への分娩前新型コロナウイルス検査
受検証明書

年　　月　　日

（宛先）川崎市長

（検査実施機関の名称等）
所 在 地

名　　称　　印

電話番号

次の分娩前新型コロナウイルス検査費用助成申請者について、分娩前新型コロナウイルス検査を受検し費用を支払ったことを証明します。

１．申請者（申請者記入）

フリガナ		生年月日	年　　月　　日生
申請者氏名（自　署）			
申請者の現住所及び連絡先	〒　　－ 電話　　－　　－		

２．分娩前新型コロナウイルス検査受検証明欄（検査実施機関記入）

受検日	請求金額	領収金額
年　　月　　日	円	円

（備　考）

１．本証明書は償還払い申請時に、検査実施機関発行の領収書を紛失した場合に提出が必要となるものです。

２．本証明書発行にかかる手数料等については、申請者の自己負担となります。