

聖籠町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

聖籠町長 様

年 月 日

申請者
住所
氏名
電話番号

聖籠町低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱により、初回産科受診料の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請をします。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所 ※申請者と同一の場合 は記載不要	〒 ー		
世帯構成員の状況	氏名	受診者との続柄	1月1日時点の住所が異なる方は、 1月1日時点の住所	
初回産科受診日	年 月 日	受診医療機関名		
申請額	※初回産科受診時の妊娠判定費用と助成限度額1万円のいずれか少ない額 円			
振込先	金融機関名		支店名	
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	口座名義	フリガナ		
(同意欄) (□に✓を入れ、署名欄を記入してください。)				
聖籠町低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業の申請にあたり、次の事項に同意します。				
<input type="checkbox"/> 所得判定のため、対象者の属する世帯の課税状況を調査すること。				
<input type="checkbox"/> 受診医療機関等の関係機関と町が対象者の支援に必要な情報を確認・共有すること。				
署名 _____				

【添付書類】

- 1 医療機関が発行した領収書及び診療明細書
- 2 前年度の1月1日後に聖籠町に転入した場合、課税状況を記載した証明書