様式第１号　(第５条関係)

境町初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

境町長　様

　初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、境町初回産科受診料助成事業実施要項第５条の規約により次のとおり申請及び請求します。

１　申請内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 受診日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 受診医療機関名 |  |
| 受診料 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |

２　振込口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用組合・農協　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店　　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

３　世帯状況及び同意事項

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯状況 | □住民税非課税世帯　　□生活保護世帯　　□その他 |
| 同意状況 | □町が課税状況を確認することに同意します。□妊婦健康診査の医療機関と町が必要に応じて、支援について必要な情報について共有することに同意します。 |

４　添付書類

　(１)　妊娠判定を実施した医療機関が発行する領収書及び診療明細書

　(２)　世帯全員の課税状況が確認できる書類(非課税証明書等)

　　　　※町が課税状況を確認できる場合は提出不要

　(３)　受診者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の写し　※運転免許証、健康保険証等

　　　　(申請者と受診者が異なる場合は双方のもの)

　(４)　振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー

　(５)　その他町長が必要を認める書類