

明和町妊婦初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）明和町長

申請者 住 所 明和町 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり、明和町妊婦初回産科受診料助成金の交付について、下記のとおり申請します。

1. 受診者名

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日生
氏 名		初回産科受診日	年 月 日
支払額合計	円 ※受診に直接要した金額		

2. 振込先口座

口座振替依頼	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	預 金 種 別 普通・当座 その他（ ）
	フリガナ		口 座 番 号
口座名義人			
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 初回産科受診に係る領収書、明細の分かるもの <input type="checkbox"/> 妊娠届出書 <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類		

同意事項

私は、産科受診料支援事業の利用決定にあたり、町が関係機関に調査・照会・閲覧することに同意します。

現在の社会的環境及び身体的状況について、受診に必要な範囲で医療機関に情報提供すること。

医療機関の受診結果について、町及び関係機関が支援に必要な範囲で把握すること。

所得判定のため世帯の課税状況及び生活保護受給の有無を確認すること。

申請者氏名 _____

3. 支払額内訳

(※申請の際に記入してください。なお、申請は2回分をまとめて申請してください。)

区分	受診年月日	医療機関名	支払額	助成額 (町記入欄)
1回目	年 月 日		円	円
2回目	年 月 日		円	円
		合計額	円	円