

松茂町初回産科受診料助成申請書

(宛先) 松茂町長 殿

申請者住所

氏名
電話番号
受診者との続柄()

松茂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第 5 条の規定に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の請求を担当課長等に委任します。助成は、下記口座に振込みを依頼します。

フリガナ 受診者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)			
住 所	〒						
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				
申請額	受 診 日	自 己 負 担 額 (領収書の額) (A)	助成限度額 (B)	申 請 額 (A)と(B)で いずれか少ない額			
	年 月 日	円	10,000 円	円			
1. 松茂町が本事業に必要な情報を医療機関に提供すること及び受診医療機関から松茂町に受診結果等の情報提供をすること並びに松茂町と医療機関が情報共有することを同意します。 2. 本事業利用の審査のため、世帯全員の市町村民税課税状況及び住民基本台帳についての記録等を閲覧することに同意します。 3. 松茂町より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けることに同意します。 年 月 日 署名 _____							
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 本所 支所 出張所	支店コード			
	フリガナ 口座名義		口座番号	種別	普通	当座	

申請は、医療機関受診日の属する年度内に限ります。

添付書類

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書(氏名、診療年月日、医療機関名等が記載されたもの)
2. 金融機関の口座が分かるもの
3. 世帯全員の課税状況を記載した証明書(住民基本台帳の記録が1月1日時点で松茂町以外にある方)
4. 生活保護受給証明書(生活保護の方)