

様式第1 (第4条関係)

大口町初回産科受診料助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

大口町長 様

(申請者) 住 所

氏 名

受診者との続柄

電話番号

次のとおり、関係書類を添えて初回産科受診料助成金を申請します。

助成対象者	□申請者と同じ		
	ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日
	住所	大口町	
受診医療機関名			
初回産科受診日		年 月 日	
初回産科受診料		円	
申請額 (上限1万円)		円	
同意事項		<input type="checkbox"/> 所得判定のため、世帯の課税状況を町が確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と町が、支援に必要な情報(妊婦健診の受診状況、家庭の状況等を含む。)を共有することに同意します。	

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 支所
	ふりがな 口座名義人			
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	

【関係書類】

医療機関が発行する領収書及び診療明細書の原本

振込先を確認できる通帳又はキャッシュカードの写し