

黒潮町初回産科受診料支援助成金交付申請書

年 月 日

黒潮町長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

黒潮町初回産科受診料支援助成金の交付を受けたいので、黒潮町初回産科受診料支援助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 円

2 同意事項

私は、黒潮町初回産科受診料支援助成金の交付申請に当たり、次のことについて同意します。

- (1) 町長が、世帯の課税状況を確認すること。
- (2) 妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と町が、必要に応じて、支援に必要な情報(妊婦健診の未受診や、家庭の状況等を含む。)を共有すること。
- (3) 出産・子育て応援事業(伴走型相談支援)を利用すること。

氏名(自署) _____

3 振込口座

口座名義人氏名 (申請者本人に限る。)		※カタカナでご記入ください。			
金融機関 (ゆうちょ銀行を除く。)	金融機関名	銀行・信用金庫 労働金庫 農業協同組合 漁業協同組合		本店・支店 支所・出張所	
	預金種目	1普通 2当座			
	口座番号				
ゆうちょ銀行	店名		普通預金	口座番号	

※ ゆうちょ銀行の店名、口座番号は通帳見開き下段の口座番号を7桁でご記入ください。

※ 裏面に続きます。

4 申請者情報

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日(歳)	
	住所	〒() 電話番号 ()					
	居住地 (住所と異なる 場合)	〒()					
	里帰り先	〒()					
受診日	年	月	日	出産予定日 (決まっていれば)	年	月	日
受診医療機関名							

5 添付書類

- (1) 医療機関において当該健診を受診したことがわかる当該受診の領収書ならびに明細書の写し
- (2) その他町長が必要と認める書類