

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

東串良町長 様

申請者 住所 東串良町
(フリガナ)
氏名
電話番号

東串良町初回産科受診費助成申請書兼請求書

東串良町低所得妊婦初回産科受診費助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	☐ 申請者と同じ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
受診医療機関名				
初回産科受診日		年 月 日		
初回産科受診費の額 (妊婦健診費用を除く自己負担相当額)		円	助成申請額 (上限 10,000 円)	円

振込先 ※申請者と同一の口座名義人のものとする。

金融機関名	銀行		本店
	金庫		支店
	農協		支所
	組合		出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

同意事項 ※各項目に『☒』を入れてください。

- ☐ 所得判定のため、東串良町が住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。
- ☐ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市町村、医療機関等の関係機関が把握した情報を共有することに同意します。

添付書類

- (1) 医療機関等が発行する領収書の写し
- (2) 市町村民税が非課税である世帯に属すること、又は同等の所得水準にあることを証する書類（証明すべき事実を町が公簿等で確認できる場合を除く。）