

松野町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

松野町長 様

申請者 住 所 松野町大字
氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号 ()

松野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8条に基づき、助成金の交付を受けたいので、以下の同意の上関係書類を添えて申請（請求）します。

| | | | |
|---|-----------|----------------|--------------|
| 受診日 | 年 月 日 | 受診医療機関 | |
| 支払額 | A | | 円 |
| 上限額 | B | | 10,000 円 |
| 申請（請求）額 | A・Bの低い方の額 | | 円 |
| <p>【確認欄（同意する場合はチェック☑を入れてください。）】</p> <p><input type="checkbox"/> 町が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠期から育児期に町及び関係機関から必要な支援を受けることに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 産科医療機関が把握した情報は、必要に応じて町と情報共有することに同意します。</p> | | | |
| 助成金の振込先 | 金融機関 | 銀行・組合 金庫・農協 | 支店・支所 出張所 |
| | 預金種目 | 当座・普通 | 口座番号 |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

- 【添付書類】・医療機関が発行する初回受診料の領収書原本及び診療明細書
・住民税非課税世帯又は同等の所得水準世帯であることを確認できる書類（町が確認できない場合）
・本人名義の預貯金口座が確認できる書類

【町記入欄】

| | | | | |
|---|----|----|-------|-----------------|
| 世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 課税状況 |
| | | | 年 月 日 | 課税・非課税・生保・他 () |
| | | | 年 月 日 | 課税・非課税・生保・他 () |
| | | | 年 月 日 | 課税・非課税・生保・他 () |
| | | | 年 月 日 | 課税・非課税・生保・他 () |
| 妊娠届出状況 済・未 | | | | |
| 本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証他 () 確認者 () | | | | |