

様式第1号（第6条関係）

初回産科受診料助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

日置市長 様

次のとおり初回産科受診料助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請の審査に当たり市が課税状況に関し必要な調査を行うこと及び妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要となるときに市が他の自治体、医療機関、相談支援機関等とそれぞれが把握している情報について相互に共有することについて同意します。

申請者	フリガナ			電話番号
	氏名	Ⓜ		
	住所	〒		対象者との続柄
対象者	フリガナ			生年月日
	氏名	□申請者と同じ。		年 月 日
	住所	〒		□申請者と同じ。
受診状況	医療機関名			
	主治医氏名			
	受診日	年 月 日		
	受診料	円		
支給申請額 (上限1万円)		円		
振込先	銀行・金庫 信組・農協 漁協・信漁連 その他 ()		本店・支店 本所・支所 出張所・本店営業部 その他 ()	
	※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入			
	種別	口座番号		口座名義人 (カタカナ)
普通・当座 その他 ()				
※口座名義人が申請者と異なる場合 上記助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 Ⓜ 申請者との続柄：				

関係書類

- (1) 領収書の写し
- (2) 申請者本人を確認できる書類
- (3) 振込先を確認できる通帳、キャッシュカード等の写し