

様式第1号（第4条関係）

低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

年 月 日

大郷町長 殿

申請者 住 所 大郷町

氏 名

連絡先 - -

大郷町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成要綱第4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。

初回の受診日		年 月 日				
医療機関名・所在地						
初回産科受診料		円				
申請額		円				
振込先 ※申請者の 口座を 記入	金融 機関名		銀行・信金 信組・農協 労金	支店名		本店・支店 出張所・支所
	種 別	普 ・ 当	口座番号			
	(フリガナ) 口座名義人		()			
同意欄	<p>私は、低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請の審査にあたり、次の事項に同意します。</p> <p><input type="checkbox"/>町長が、世帯全員の町民税の課税情報を取得すること（転入の場合を除く）</p> <p><input type="checkbox"/>大郷町と産科医療機関が、支援に必要な申請者の情報を共有すること</p>					

- 添付書類：
 妊娠届出書等、妊娠していることを証明するもの
 初回産科受診料の領収書（領収印があるもの）
 振込先通帳又はキャッシュカードの写し
 世帯全員の市町村民税の課税状況が確認できる書類（同意欄に✓を入れた場合は省略可）

助成決定額	円
-------	---