

様式第1号（第5条関係）

福智町初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

福智町長 様

下記のとおり、初回産科受診料助成金について申請及び請求します。

なお、本事業に必要な情報を福智町と関係機関等が共有すること、及び申請者が属する世帯の課税状況等について調査することに同意します。

記

1 申請者（受診者本人）

(ふりがな) 受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	福智町		
電話番号			

2 交付申請額

費用 (A)	助成限度額 (B)	請求額 (A・Bどちらか少ない額)
円	10,000円	円

3 振込先（受診者本人名義）※口座番号がわかる物をご持参下さい

金融機関名	銀行・信金 農協・労金		本店・支店 出張所					
口座種別 <small>※該当するものに○印</small>	1.普通 2.当座	口座番号						
(フリガナ)								
口座名義								

4 添付書類

(1) 医療機関が発行する領収書原本（初回産科受診料に係る診療明細書を含む）

(2) 妊婦と診断されたことがわかるもの（エコー写真、検査結果等）

※医療機関発行の妊娠届出書がある場合は不要

(3) 福智町で世帯の課税状況が確認できない場合は、住民税非課税世帯又は同等の所得水準であることを確認できる書類

【主管課記入欄】

(本人確認方法) 運転免許証 マイナンバーカード パスポート その他()