

森町初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

森町長 太田 康雄 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請内容

(ふりがな) 申請者氏名 ⑩			生年月日	年 月 日
受診日	年 月 日	医療機関等名			
自己負担額	円	助成限度額	10,000円	申請額	円

2 振込口座（申請者本人の口座に限ります。）

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	本店・支店 支所・出張所	預金種別	当座 普通
口座番号				
フリガナ			
口座名義				

3 世帯状況、世帯構成員及び同意事項

※各項目のチェック欄（□）に「レ」を記入して下さい。

世帯状況	<input type="checkbox"/> (1) 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> (2) 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> (1)、(2) と同等の生活水準にある世帯		
世帯構成員	氏名	続柄	住所
同意事項	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関及び町が必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査受診状況の確認、家庭状況等を含む。）を共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 町が世帯の課税状況及び他自治体からの同種の助成金の受給状況について調査することに同意します。		

4 添付書類

- (1) 初回産科受診費用に係る医療機関等が発行した領収書及び診療明細書
- (2) 申請者の氏名、住所及び生年月日が確認できる書類
※運転免許証、健康保険証（両面）等
- (3) 医療機関等から受け取った妊娠届出書又は母子健康手帳の写し
- (4) 1月から6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7月から12月末までに申請する方は申請する年の1月1日において、森町に住民登録がない方は、前の住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。
- (5) その他町長が必要と認める書類