

第 1 号様式(第 5 条関係)

津久見市妊婦に対する初回産科受診料助成事業助成金交付申請書兼請求書

津久見市長 様

年 月 日

申請者 住 所 津久見市
氏 名
電話番号

次のとおり、初回産科受診をしましたので、誓約・同意の上、申請します。

1 助成申請額 ※太枠の中を記入してください。

受診日	医療機関等	費用 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A・B いずれか少ない額)
年 月 日				
年 月 日		円	10,000 円	円
年 月 日				

2 振込先 ※申請者名義の口座

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合	支店名	支店・支所 出張所
貯金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人 (かかけで記入)			

3 誓約・同意事項 ※各項目のチェック欄(□)に『レ』を入れてください。

- 初回産科受診日及び申請日において本市に居住し、住民基本台帳に記載されています。
- 申請日から 1 年以上本市に居住する意思があります。
- 住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と本市が必要に応じて支援に必要な情報(妊婦健康診査の未受診確認や家庭の状況等を含む)を共有することに同意します。
- 本市以外の地方公共団体その他公共団体で、同等の助成金を受けていません。

備考

- 1 医療機関等が発行する領収書及び明細書を添付する。(写し)