

様式第 1 号

備前市妊婦初回産科受診料助成金交付申請書 兼 請求書

年 月 日

備前市長 様

申請者(受診者)

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 - -

初回の産科受診を行いましたので、備前市初回産科受診料助成事業実施要綱に基づき関係書類を添えて下記のとおり助成金を申請し、請求します。

記

受診医療機関名										
初回産科受診年月日	令和	年	月	日	(受診日から2か月以内の申請であること)					
自己負担合計	円									
助成申請額	円 100円未満は切り捨て、上限10,000円									
私が受領する助成金について、下記口座への振込みを依頼します。										
金融機関名	銀行・農協 信用金庫・労働金庫					本店(所)・支店(所) 出張所				
	金融機関コード					支店コード				
口座番号	普通・当座									
(フリガナ)										
口座名義人										
なお、以下の内容に同意します。 ・支援に必要な情報を、受診医療機関等の関係機関と備前市とが情報共有すること。 ・納税状況等の照会(※滞納がある場合は、助成対象外となります。)										

- 【添付書類】  妊娠が確認できる妊娠届出書 もしくは 親子手帳 (No. \_\_\_\_\_)  
 初回産科受診の領収書又は診療明細書の原本 (コピー不可)  
 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー(口座確認用)

- 【市確認欄】  申請者の氏名・住所・生年月日が確認できる書類の確認  
 滞納状況 (有・無)  課税状況 (課・非)  
 受診日に備前市に住所があるか (有・無)

市記入欄

決 定 年 月 日	年 月 日 承認 ・ 不承認
助 成 決 定 額	
受 付 者	