

内子町低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業申請書兼請求書

内子町長 様

申請者氏名 _____

住 所 内子町 _____

電 話 番 号 _____

(妊婦の方の氏名を御記入ください。)

次のとおり、初回産科受診料の助成について、領収書及び診療明細書を添えて請求します。

請求金額 _____ 円

受診医療機関	名 称	
	所在地	

【振込先金融機関】※振込先は、申請者名義の口座であること。

金融機関	銀行 金庫 農協							本店 支店 出張所
預金種目	普通・当座	口座番号						
(フリガナ)								
口座名義人								

【同意欄】

初回産科受診料の助成を受けるに当たり、世帯の住民登録情報及び町税の課税状況を確認することに同意します。また、妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と町が情報を共有することに同意します。

申請者氏名 _____

【添付書類】

- (1) 医療機関が発行する初回受診料の領収書及び診療明細書の原本
- (2) 町が世帯の課税状況を確認することができない場合にあっては、住民税非課税世帯又は同等の所得水準世帯に属する者であることを確認することができる書類
- (3) 振込先に指定した通帳の写し（振込先及び口座番号を確認することができる書類）

上記の者より申請があったので、次の調査を依頼します。

課長 様

保健センター長

非課税世帯又は同等の所得水準世帯

生活保護受給世帯

年 月 日 (課 担当 :)