

阿波市低所得妊婦初回産科受診料助成申請書兼請求書

阿波市長 様

申請(請求)者住所

氏名
電話番号
受診者との関係 ()

阿波市低所得妊婦初回産科受診料助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付申請をするに当たり、住所等について住民基本台帳により市が確認することや支給状況及び申請者の属する世帯の課税状況について、他の自治体に確認することに同意します。

受診者	フリガナ氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒		電話番号		
世帯構成員の状況	氏名	受診者との続柄	1月1日時点の住所 (受診者の住所と異なる場合)			
助成申請額	受診日	医療機関名	健診額 (領収書の額)(A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)で いずれか少ない額	
	1回目	年 月 日	円	10,000円	円	
	2回目	年 月 日	円	10,000円	円	
	合 計					円
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 本所 支所 出張所	支店コード		
	フリガナ 口座名義		口座番号	種別	普通	当座

申請は医療機関受診日から3か月以内に限ります。

添付書類

- 1 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本(氏名、診療年月日及び医療機関名が記載されたもの)
- 2 金融機関の口座が分かるもの
- 3 住民登録が1月1日時点で阿波市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

※申請者又は振込先の口座名義を受診者以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委 任 状	
私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____受診者との関係 ()
年 月 日	受診者氏名 _____