

総社市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成支援事業申請書

年 月 日

総社市長 様

次のとおり低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成支援事業を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

また、審査にあたり市が住所、市民税課税台帳等により確認を行うこと並びに必要な場合には、医療機関へ照会することに同意します。

受診者・申請者 <small>（口座名義人）</small>	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	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日時点の住所が異なる方は、1月1日時点の住所		
助成申請額	受診日	受診額 (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		10,000円	円	
	2回目		10,000円	円	
	合 計				円
助成金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店	支店 支所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	出張所	
	フリガナ				
	口座名義人				

【添付書類】 申請は医療機関等受診日し、支払いが終了した日の属する年度の末日（ただし、3月15日～3月31日までに支払いを終了した場合は翌年度の4月15日）までに限ります。

- ① 妊娠判定のための受診費用の医療機関等が発行した領収書及び診療明細書の写し
- ② 申請者本人の口座がわかるもの
- ③ 住民登録が1月1日時点で総社市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

受付印欄	総社市記入欄		
	決定年月日 (却下年月日)	年 月 日	決定 ・ 却下
	助成金額	円	