

様式第 1 号 (第 6 条関係)

矢巾町初回産科受診費助成金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

矢巾町長 様

申請者 住所
氏名

矢巾町初回産科受診費助成金交付要綱に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

受診者	住所			TEL
	ふりがな 氏名			
世帯構成員の 状況	氏名	受診者との 続柄	申請日の属する年の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	受診額 (領収書の額)	助成限度額	申請額 受診額と助成限度額でいずれか少ない額	
	円	10,000 円	円	
医療機関名	住所 〒			受診年月日
	病院名 電話番号			年 月 日
年 月 日				
<p>上記助成金の申請をするにあたり、矢巾町職員が妊婦健診の受託医療機関等の関係機関と支援に必要な情報を共有すること、対象者及び対象者の属する世帯全員の市町村民税課税内容について調査することに、同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 (申請者及び対象者の署名)</p>				

備考 添付書類

- (1) 妊娠判定の記録がわかるもの
- (2) 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、生年月日、医療機関等名が記載されたもの)
- (3) 住民登録が申請日の属する年の1月1日時点で矢巾町外にある場合、課税状況が記載された証明書