

上市町妊婦初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

上市町長 宛て

申請者 住所
氏名 _____ 印
電話番号 _____

上市町妊婦初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、上市町妊婦初回産科受診料助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請し、及び請求します。

なお、この申請にあたり、当該助成金の交付の適否の審査に必要な範囲内において、世帯状況・世帯の課税状況について調査すること及び支援に必要な情報を上市町と医療機関等が共有することに同意します。

1 申請及び請求額 金 _____ 円

2 助成金内訳

受診日	受診に要した費用 ①	助成金上限額 ②	請求額 ①又は②のいずれか低い額
年 月 日	円	10,000円	円

3 振込先（申請者本人名義の振込先・口座をご記入ください。）

金融機関	銀行 信用金庫 農協	支店 出張所	口座種別	普通・当座					
			口座番号						
口座名義人	フリガナ								

4 添付書類

- (1) 領収書及び明細書の原本
- (2) 同意書
- (3) 住民登録が1月1日の時点で上市町以外にある場合、課税状況を記載した証明書
- (4) 振込先の銀行口座が分かるもの（通帳の写し等）