

別記様式第1号(第6条関係)

和束町初回産科受診等支援事業申請書・同意書

年 月 日

和束町長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

町民税非課税世帯を対象とした産科受診等の支援を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
妊婦氏名			
住 所	電話番号		
受診医療機関			
助成申請額	円(上限 10,000円)		
・妊娠初期から子育て期にわたって、切れ目のない支援を受けるため、産科医療機関等と和束町とが連携(必要に応じて、心身及び家庭の状況等を情報共有等)して、妊娠経過を支援することに同意します。 ・本事業の審査のため、世帯員全員の町民税課税状況に関する資料を貴町が閲覧することに同意します。なお、前記内容については、世帯全員の承諾を得ています。 年 月 日 氏名			

添付書類

	初回産科受診料(妊娠の判定)に係る領収書及び診療明細書の原本
	申請者本人の確認ができるもの(運転免許証、保険証等)
	助成金支払いのための金融機関振込先が確認できるもの(通帳の写し等)
	非課税証明書(転入等で課税状況が本町において確認できない場合)

(裏面)

口座振替依頼書

□	初回産科受診に要した費用を既に支払ったので、下記の振込先に入金願います。							
	口座振込先							
			銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張 所	預金種別	☐	普通
							☐	当座
	口座番号(右詰で記入ください)				口座名義(カタカナ)			
①口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。 (申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です) ②「初回産科受診に要した費用にかかる領収書及び診療明細書(原本)」及び「金融機関振込先が確認できるもの」を添付願います。 ③申請者及び委任を受けた者の住所等が確認できる「運転免許証」または「保険証」等の写しを添付願います。								
□	委任状 初回産科受診に要した費用の請求及び受領について 氏名 _____ (続柄 _____) に委任します。 _____ 年 月 日 申請者氏名 _____ (署名)							