様式第1号（第５条関係）

上士幌町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

　年　　　月　　　日

上士幌町長　竹中　貢　様

住所

申請者

氏名

初回産科受診料の助成を受けたいので、次のとおり申請します。  
　なお、申請内容の確認・決定のために、上士幌町が住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや、当該事業に必要な情報を、妊婦健康診査を受託する産婦人科医療機関等が提供する場合があることについて同意します。―

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 生年月日・年齢 | | |
| 受診者名 |  | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 世帯構成員の状況 | 氏　　名 | 受診者との続柄 | |  |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| 初回産科受診料 | 自己負担額 | 上限額 | 申請額  自己負担額と上限額を比較して少ない方を記入 | |
| 円 | 10,000円 | 円 | |

（振込み先）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 金庫・組合・農協・銀行 | |
| 本店・支店（所）店番号( 　 ) | |
| 口座種別 | 普　通　　　・　　　当　座 | |
| 口座番号 |  | |
| 口座名義 | フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |

※振込先は初回産科受診した本人名義の口座に限ります。

※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＞

・初回産科受診時の領収証及び診療明細書の写し(氏名、診療月日、医療機関名があるもの)

・世帯全員の市町村民税に係る課税状況を確認できるものの写し（課税証明書等）

　　　＊申請月の属する年度の市町村民税の課税状況が本町で確認できる場合は除く。