

様式第1号（第5条関係）

小豆島町長 殿

小豆島町妊婦初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて、妊婦初回産科受診料助成事業の助成を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	〒 ー 小豆島町					
初回産科受診日		年 月 日					
受診医療機関名							
申請金額		円 ※初回受診料の自己負担額を記入。ただし、1万円を上限とする。					
同意事項 ※同意する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。		<input type="checkbox"/> 小豆島町が助成の決定を行うために必要な次の事項について同意します。 ①所得判定のため、世帯の課税状況を確認すること。 ②妊婦健診の受診医療機関等の関係機関及び町が、必要に応じて、支援に必要な情報(妊婦健診の未受診、家庭の状況等を含む。)を共有すること。					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

添付書類 医療機関の領収書等