

磐梯町初回産科受診料助成申請書

磐梯町長

申請日 年 月 日

私は、「磐梯町低所得妊婦に対する初回産科受診料支援事業」の受給要件を満たすため、下記のとおり初回産科受診料の助成を申請します。

ふりがな 受診者氏名 (申請者氏名)		生年月日	年 月 日 (歳)	
住所・連絡先	電話番号 (— —)			
世帯構成員の 状況	名前	続柄	生年月日	職業
申請理由	<input type="checkbox"/> 住民税非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()			
助成申請額	円 (助成限度額 10,000 円)	受診日	年 月 日	
医療機関名		母子手帳 交付日	年 月 日	
<p>私は、申請にあたり、世帯全員の課税状況を確認すること、必要な支援を提供するために医療機関等への受診内容や家庭の状況等共有することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">署名 _____</p>				

振込先	名称	銀行・農協・信組・信金		支店・支所
	種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

添付書類 医療機関受診時の領収書・明細書 振込口座のわかる書類
 課税証明書（1月1日時点で磐梯町に住民登録がなかった方）