

寒川町妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)寒川町長

申請者 住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

寒川町妊婦に対する初回産科受診費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請にあたって以下のことについて同意します。

- 町が、世帯の課税状況を確認すること。
- 町が、妊婦健康診査や受診医療機関等の関係機関と、必要に応じて、支援に必要な情報を共有すること。

対象者	氏 名			
	生年月日	年	月	日
	住 所			
受診日	受診費用 (A)	償還限度額 (B)		
年 月 日	円	10,000円		
申 請 額 (A・Bのうち少ない額)		円		

※助成金を振り込む口座をご記入ください。

金融機関名	銀行(農協・金庫)	支店名					
フリガナ		口座番号					
口座名義人		普通・当座					

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 検査の内容が確認できる書類
- (2) 医療機関が発行した領収書
- (3) 振込先口座番号及び口座名義人が記載された通帳の写し等
- (4) その他町長が必要と認める書類