様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

曽於市長　　宛て

初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

曽於市初回産科受診料助成事業実施要綱第５条の規定により，助成金の交付を受けたいので，次のとおり，初回産科受診料助成金の交付を申請及び請求します。

なお，私の属する世帯の構成員の課税状況等について貴市が調査すること及び必要な支援を受けるため貴市が医療機関と情報共有をすることについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 申請者住所 | 曽於市 | 電話番号 |  |
| 受診医療機関 |  | 受診日 |  |
| 初回産科受診料 | 円 | 助成申請額(10,000円上限) | 円 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 銀行・金庫農協・信組その他 |  | 本店・支店本所・支所出張所その他 |
| 預金種別 | 普通・当座その他(　　　) | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※　添付書類

⑴　医療機関が発行した領収書及び診療明細書の写し（妊娠判定に伴う検査が分かるもの）

⑵　曽於市初回産科受診料助成事業実施要綱第２条各号のいずれかを証明する書類

⑶　振込先を指定する口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し）

⑷　申請者本人確認書類（申請者の運転免許証，健康保険証，マイナンバーカード（表面），パスポート等）

※　申請期間：受診日の翌日から起算して６か月以内