

様式第1号（第4条関係）

菰野町低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

菰野町長宛

申請者
住所 菰野町
氏名
電話

次のとおり、初回産科受診をしましたので、誓約・同意の上、申請します。

1、請求額 _____円

2、初回産科受診結果

受診日	受診結果	医療機関	受診料金	助成額
年 月 日	妊娠している 妊娠していない		円	円

3、振込先

振込口座	銀行・信用金庫		種別	当座・普通
	支店			
口座番号	農協・信用組合		ふりがな	
			口座名義人	

4、誓約・同意事項 ※各項目のチェック欄（□）に『レ』を入れてください。

- 初回産科受診結果にある受診日は、初めて医療機関等に受診したものであり、妊婦健康診査を受けていません。
- 所得判定のため、住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 妊婦健康診査を受診した医療機関等の関係機関と菰野町が必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診状況や家庭の状況等を含む。）を共有することに同意します。

<添付書類>

- ① 医療機関等が発行する領収書及び明細書の原本
- ② 振込先が確認できる預金通帳など（振込先は初回産科受診をした本人が口座名義人のものとする。）
- ③ 菰野町で世帯の課税状況が確認できない場合は、同等の所得水準と確認できる書類