

様式第1号（第5条関係）

神川町低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

神川町長 様

申請（請求）者 住 所 神川町
氏 名 ⑩
電話番号 ()

次のとおり、神川町低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金を申請（請求）します。

1. 申請（請求）額 _____ 円

2. 初回産科受診医療機関

受 診 日	医療機関等
年 月 日	

3. 振込先 ※申請（請求）者と同一名義のものに限ります。

金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店					
	預金の種類	1 普通	2 当座	口座番号				
フリガナ								
口座名義								

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。

<input type="checkbox"/> 初回産科受診医療機関欄にある受診日は、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。
<input type="checkbox"/> 当該申請の審査にあたり、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。
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査を受診した医療機関等の関係機関と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確認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】

- 初回産科受診に係る医療機関等が発行する領収書及び明細書（写し不可）
- 振込口座情報を証明する書類等の写し
- 住民登録が1月1日時点において、町内に住所を有していない場合は、世帯全員の市町村民税非課税証明書