

大熊町低所得妊婦初回産科受診費用助成金申請書

大熊町長 様

次のとおり産科を受診したので、添付書類を添えて助成金の交付申請をします。

申請者 (受診者本人)	ふりがな氏名			生年月日	年 月 日
	住 所	(〒 ー) 大熊町大字 (電話)			
	振込先口座	金融機関名	銀行・農協 本店 信組・金庫 支店		
		預金種別	普通 ・ 当座		
		口座番号			
		フリガナ			
		口座名義人			
申請内容					
申請理由 (該当理由に☑を入れてください)		☐ 住民税非課税 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他()			
受診年月日		年 月 日	出産予定日	年 月 日	
受診医療機関名					
受診費用		円			
私は、申請にあたり、世帯の課税状況を確認することや必要に応じて受診医療機関等の関係機関と情報を共有することに同意します。 署名					

- 【添付書類】
- ☐ 領収書および明細書（内容の確認ができるもの）の原本
※明細書がない場合は町から受診医療機関に内容を確認させていただく場合があります。
 - ☐ 妊娠の届出その他妊娠を証明するものの写し
 - ☐ 課税証明書（1 月 1 日時点で大熊町に住民登録がなかった方）

【大熊町記入欄】	助 成 決 定 額
	円