

妊婦初回産科受診料助成申請書

美瑛町長 様

年 月 日

美瑛町妊婦初回産科受診料支援事業実施要綱第4条に基づき、関係書類を添えて申請します。  
 なお、町が助成対象者及び同一世帯員の住民税の課税状況又は生活保護受給状況、受診医療機関等と町が必要に応じて、支援に必要な情報を共有することに同意します。

申請者 住 所  
 氏 名  
 （助成対象者との続柄）  
 電 話 番 号

助成対象者	住 所	〒 ー 美瑛町		
		電話番号		
□申請者と同じ	妊婦氏名		生 年 月 日	年 月 日生
	出産予定日	年 月 日	妊娠判定を受けた産科医療機関	
世帯構成員の状況	氏 名	生 年 月 日	妊婦との続柄	1月1日時点の住所が異なる方は、1月1日時点の住所
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

助成申請額	産科受診日	受診料(領収書の額) (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)で いずれか少ない額
	年 月 日	円	10,000 円	円

ご注意:申請は医療機関受診日から6か月以内に限ります。

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号 (右詰め)	
1. 銀行 2. 信用金庫 3. 農協 4. ( )	本店・支店 本所・支所 出張所		フリガナ	
銀行コード	支店コード	1. 普通	口座名義人	
		2. 当座		

※決定欄 (申請者は記入し ないでください)	助成決定額	円	
	決定年月日	住民税課税状況確認欄	備考
	年 月 日	課税・非課税	
	1 上記申請内容を審査の結果、上記のとおり助成する。 2 次の理由により上記申請を却下する。		
却下理由			

(裏面に続きます。)

添付書類

1. 妊娠判定のための初回産科受診に要した費用の領収書及び明細書の原本  
(氏名、診療年月日、医療機関等名、検査内容が記載されたもの)

2. 受取口座を確認できる書類の写し (コピー)

※通帳やキャッシュカードの写し (コピー) など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写しをご用意ください。

※ゆうちょ銀行については、通帳のコピーに限ります。