

交野市初回産科受診費用の助成事業交付金申請書兼請求書

(あて先) 交野市長

交野市初回産科受診費用の助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成金の交付申請をするにあたり次の事項に同意します。

- ・世帯の課税状況について確認すること。
・必要に応じて妊婦検診受診医療機関等の関係機関と情報を共有すること。

申請日 年 月 日

申請者氏名 (受診者との続柄 本人・)

申請者住所

(以下の太枠内をご記入ください) 電話番号

Table with 4 columns:フリガナ受診者氏名, 生年月日, 年 月 日, 現住所. Includes rows for 1月1日時点の住所, 産科受診年月日, 妊娠判定に要した額【A】, 助成限度額【B】, and 交付請求額.

Table with 2 columns: 所在地, 名称. Header: 受診医療機関

助成金の振替は以下の方法で口座振替されるよう依頼します。

Form for bank transfer details including checkboxes for 助成金を下記の本人口座に振替 and 公金受取口座に振替, and fields for 振込希望金融機関, 銀行・農協信用金庫, 本店支店, 普通, 口座番号, and 口座名義人 (カタカナ).

.....職員記入欄.....

◆添付書類

- 医療機関が発行する領収書及び診療明細書
□母子健康手帳の表紙の写し
□委任状及び代理人確認証の写し (代理申請時のみ)
□その他 ()

◆確認事項

- 住民確認
□非課税世帯の確認 確認者 ()
□受付者 ()

