

泉佐野市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

泉 佐 野 市 長 様

申請者

〒

住 所 泉佐野市

氏 名

電話番号

次のとおり、初回産科受診料の支給について、関係書類を添えて申請及び請求します。
なお、申請にあたり、下記の事項に同意します。

- ・ 交付決定に係る審査のため、泉佐野市が必要な世帯情報や税情報等を確認すること。
- ・ 受診医療機関等の関係機関と泉佐野市が、支援に必要な情報(受診状況、家庭状況等)を共有すること。

請求金額 円

受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	(申請者と住所が異なるときのみ記入) 〒 泉佐野市		
受診医療機関名		受診日	年 月 日

【指定振込口座】

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合		支店名	本店・支店・本所 支所・出張所				
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

※振込口座は、受診者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- 1. 妊娠判定を実施した医療機関が発行する初回産科受診料の領収書及び明細書
- 2. 指定振込口座の証明できるものの写し
- 3. 生活保護受給証明書(該当者のみ)
- 4. 委任状(受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を受診者以外の方とする場合のみ)

備考

市が世帯の課税状況を確認できない場合は、市民税非課税世帯であることを確認できる書類を添付する。

市処理欄

住民登録の有無	有 ・ 無	助成金額	円
課税状況	市民税非課税 ・ 生活保護 ・ ()		