

様式第1号（第5条関係）

米原市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

米 原 市 長 様

(申請者) 氏 名 _____ 印
住 所 米原市 _____
電話番号 _____

米原市初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請します。
なお、本申請に基づく助成金の交付決定等に係る審査のため、米原市が助成対象者およびその属する世帯の市民税の課税状況を確認すること、米原市が受診医療機関等の関係機関と支援に必要な情報について共有することに同意します。

フリガナ 受診者氏名			生年月日	年 月 日
住所・電話 申請者欄と同じ場合は記入不要	電話 ()			
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	備考
課税状況	市町村民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯			
受 診 医療機関	名 称			
	住 所			
	受診日 年 月 日			
自己負担額	円			
助成申請額	円（上限1万円）			
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協	本 店・支 店 出張所・代理店	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ 口座名義人			

添付書類

- (1) 初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書および明細書の写し（氏名、診療年月日および医療機関名が記載されたもの）
- (2) 市町村民税非課税世帯であることが確認できる書類（市で世帯の課税状況が確認できない場合に限る。）
- (3) 妊娠届出書