

様式第1号（第4条関係）

小郡市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

小 郡 市 長 あて

市県民税非課税世帯のため、下記のとおり初回の産婦人科受診料の一部の支給を申請します。
また、下記の内容に同意します。

- 市町村が世帯の課税状況を確認すること
- 関係機関と市町村が、必要に応じて支援に必要な情報を共有すること

1. 申請者（妊婦健康診査の受診者）

フリガナ		生年月日
氏名	印	年 月 日
住所	〒 ー ー TEL () ー ー	
	小郡市	

2. 受診医療機関

名称	TEL () ー
住所	

3. 申請（請求）額

受診年月日	領収書の金額（ア） （医療保険適用外のみ）	上限額（イ）	申請額 （ア）又は（イ）のどちらか低い額
年 月 日	円	10,000 円	円

4. 支払口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 支所・出張所
種目	普通 当座 貯蓄	口座番号 (右詰めで記入)
フリガナ		
口座名義（申請者名義）		

5. 相談したいことがあれば、ご記入ください。

--

市受付印

--