

様式第 1 号(第 5 条関係)

泉崎村低所得妊婦初回産科受診料費用助成金交付申請書

年 月 日

泉崎村長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

泉崎村低所得妊婦初回産科受診料費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、当該申請の審査にあたり、村が保有する個人情報を利用し、又は医療機関等に問い合わせることに同意します。

対 象 者	氏名			
	生年月日	年	月	日
	出産予定日	年	月	日
受診医療機関	住 所 電 話 番 号 医療機関名			
受 診 日	年	月	日	
受 診 費 用	円	助 成 申 請 額 (上限額 10, 000 円)	円	
振 込 先 (申請者と同一者とする)	金融機関名			支店名
	預金種別	普通	ふりがな	
		当座	口座名義人	
	口座番号			

【添付書類】

1. 初回産科受診に係る領収書の写し
2. 振込口座情報を証明する書類等の写し
3. 住民登録が、1 月 1 日時点で泉崎村以外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書