別記様式第1号（第５条関係）

年　　月　　日

菊陽町長　様

＜申請者＞

住所　菊陽町

氏名

電話番号

菊陽町初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、初回産科受診料助成金について申請及び請求します。

なお、本事業に必要な情報を町と医療機関等が共有すること、及び申請者が属する世帯の課税状況について調査することに同意します。

１　受診者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　　　所 | 菊陽町 | | |
| 受診日 | 年　　月　　日 | 申請金額 | 円 |
| 助成金交付決定額  （町記入欄） | 円 | | |

２　助成金振込先（申請者と同名義）※口座名義人が申請者と異なる場合は、委任状を添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 銀行・農協  　　　　　　　　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　　　　　　　　信用組合 | | 本店  　　　　　　　　　　　　　　　　　　支店・支所  出張所 |
| 普通　・当　座 | | 口座番号 |
| フリガナ |  | |
| 口座名義人 |  | |

３　添付書類

（１）医療機関が発行する領収書（初回産科受診料に係る診療明細書を含む）

（２）妊娠と診断されたことがわかるもの

（３）課税状況確認のための書類（下記の該当者）

　　 ①（非課税世帯）受診日が４月１日から５月３１日までで、前年の１月１日の住所が町外の方

　　　　前年の１月１日の住所がある市町村が発行した、課税状況が確認できる証明書

　　 ②（非課税世帯）受診日が６月１日から３月３１日までで、同年の１月１日の住所が町外の方

　　　　同年の１月１日の住所がある市町村が発行した、課税状況が確認できる証明書

　　 ③（生活保護世帯）

受診日に生活保護を受給していたことが確認できる証明書（生活保護証明書等）