

様式第4号（第7条関係）

養父市長 様

（裏面）

年 月 日

養父市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業申請書兼請求書

養父市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 同意事項（項目を確認し、同意する場合は□に✓を記入してください。）

(1) 市が助成の適否を判断するため、世帯の課税状況を確認すること。	<input type="checkbox"/>
(2) 妊婦健診の受診医療機関等と市が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健診受診回数や家庭の状況等）を共有すること。	<input type="checkbox"/>

2 申請及び請求内容

フリガナ 申請者氏名 (検査を受ける本人)		電話番号	※昼間に連絡可能な番号 TEL: ()
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 -		
検査実施機関		検査実施 年月日	
請求金額			

3 振込先（申請者名義の口座になります。）

金融機関名		銀行・信用金庫 農業協同組合・信用 組合		支店
預金種別	1 普通預金 2 当座預金			
口座番号				
フリガナ 口座名義				

《添付書類》

医療機関が発行した初回産科受診に要した費用の領収書

※検査を実施した医療機関等において、妊婦初回産科受診証明書（裏面）を記載のこと