

様式第1号（第6条関係）

川島町低所得妊婦初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川島町長 あて

申請者 住 所

氏 名

電話番号

川島町低所得妊婦初回産科受診料助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、必要書類を添えて、申請します。

対象者	氏 名			
	生年月日	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10,000円)		円
振込先 (申込者名義)	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				
同意事項 ※ <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を記入 してください。	(1) 世帯の課税状況、住民基本台帳等の閲覧について関係する課又はその他官公署に照会すること。 (2) 医療機関等に妊娠状況などの確認を行うこと。 (3) 市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有すること。 <input type="checkbox"/> すべての事項に同意します。 氏名(署名)			
添付書類 ※ <input type="checkbox"/> にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を記入 してください。	<input type="checkbox"/> 初回産科受診料に係る領収書及び明細書(原本) <input type="checkbox"/> 振込口座情報を確認できる書類等の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民税非課税証明書(町で確認できない場合のみ) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証の写し(生活保護を受給している場合のみ) <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類			

※町記入欄

町税課税台帳確認日	年 月 日
住民税課税状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯又は生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税課税世帯(課税者: )
確認者氏名	