

扶桑町長様

申請者 住所 扶桑町大字  
氏名  
電話番号

扶桑町低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成申請書兼請求書

初回産科受診費用の助成について、扶桑町低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

記

申請額 円(受診費用 上限額10,000円)

医療機関への支払い額 円

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 日生 歳)	
	氏名				
	住所	※申請者と同一の場合は記載不要			
	加入医療保険	【種別】市町村国保・組合国保・健保・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者			
	産科受診の理由	1. 妊娠の兆候があるため(月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため 3. その他			
	受診年月日	年 月 日	受診医療機関		
緊急連絡先		氏名	(対象者との関係 )		
		住所	(電話 )		
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

金融機関名	種別	口座番号	口座名義人
銀行 農協 金庫	普通 当座		ふりがな

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は、扶桑町低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金の受取を口座名義人に委任します。

年 月 日 申請者氏名

- 1 町が、医療機関等と必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。
- 2 妊娠期から育児期に必要な支援を受けることに同意します。
- 3 本事業の審査のため、町が世帯の課税情報等公簿を確認することに同意します。

年 月 日 署名 申請者氏名