

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

桜川市長 様

住 所 桜川市

申請者

桜川市妊婦に対する初回産科受診費用助成事業申請書兼請求書

桜川市妊婦に対する初回産科受診費用助成事業実施要綱第 4 条の規定により、下記のとおり申請します。

また、本申請にあたり、下記項目について同意します。

記

- 所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市町村が、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。

フリガナ		生年月日	年 月 日	
受診者氏名				
住 所	桜川市			
受診先 医療機関名		初回受診日	年 月 日	
		出産予定日 (わかる方)	年 月 日	
助成申請額	受診料 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか少ない額	
	円	10,000 円	円	
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 ゆうちょ銀行		本店 支店 出張所
	預金種別 (該当する方に○)	1 普通	口座	
	(フリガナ) 口座名義	2 当座	番号	

※市確認欄	住民基本台帳 確認	課税状況確認	課税 非課税	確認日