東郷町低所得妊婦初回産科受診費補助金交付申請書兼請求書

東郷町長 宛て

東郷町低所得妊婦初回産科受診費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請及 び請求をします。

> H11.1	120070			
	ふりがな		受診した者	
申	氏 名		との続柄	
計	Д Д		C 42/196111	
者	現住所	〒		
	電話番号			

※ 申請できるのは受診した本人又はその同一世帯の者に限ります。

		>• < .1. HE	1 C C D 10 / 10 X 10		C12 C 47 F	۰ ۱۱۱۰ حتا ۱۰	>- D (C)	() ()	
ふりがな					生年		年	月	田
以 右					Д D				
現住所	[□申請者	〒						
70 IL 171		と同じ							
加入医療保	除	【種別】国	保・健保・共済・	・その他(•)			
747 CE/JR [N]	BX.	【保険者番-	号】()	【区分】	本人・	被扶養者	<u>∠</u>
市販の妊娠	検		温州な確認した		四州たお	を図し てに	1721.1		
査薬での確	認		勿 土で 推 心 し/こ		物圧で質		.,4,,		
妊娠を証明		1 妊娠届出	書						
できる書類	ĺ	2 その他	()			
受診医療機	関	名 称							
等	Ī	所 在 地							
Š	受診日			年		月		日	
受	診費周	用						円	
補助額	※ 町が	記入				円	(上限	10,000円)
急連絡先	氏名	ı			補助	対象者と	の関係	:	
	住所	r			電記	f			
	氏 現 加 市査妊で 受等 補助額	氏名現住所加入医療保険市販の好好ので配明で配割類受診医療機関できる受診事が番助額※町が・・氏名	ふりがな 氏名 氏名 日本のがない。 現住所 「種別】国【保険者番ーで観別】国【保険者番ーで悪変を証明 1 妊娠届出 2 その他 2 その他 2 その他 5 年の他 5 年の年の4 年の年の4 年の4 年の年の4 年の4 年の4 年の4 年の4 年	ふりがな 日本 氏名 「申請者と同じ」 加入医療保険 【種別】国保・健保・共済・保険者番号】(市販の妊娠検査薬での確認 陽性を確認した 妊娠を証明できる書類 1 妊娠届出書2 その他(受診医療機関等 名	ふりがな 氏名 現住所 □申請者と同じ 〒 加入医療保険 在薬での確認 □ 陽性を確認した □ 妊娠を証明できる書類 2 その他(受診医療機関 名 称 所 在 地 受診費用 神助額 ※町が記入 ・ 本のが記入 中 ・ 本のが記入 中 ・ 本のが記入 中 ・ 大名 ・ 大名	ふりがな 生年 月日 氏名 日間 日間 現住所 日間 日間 加入医療保険 【種別】国保・健保・共済・その他(【保険者番号】(ふりがな 生年 氏名 日申請者と同じ 加入医療保険 【種別】国保・健保・共済・その他() 【区分】 市販の妊娠検査番号】(ふりがな 生年 月日 年 現住所 □申請者 と同じ 〒 加入医療保険 【種別】国保・健保・共済・その他(【保険者番号】() 【区分】本人・ 市販の妊娠検 査薬での確認 □ 陽性を確認した □ 陽性を確認していない 妊娠を証明 できる書類 2 その他() 受診医療機関等 名 称 所在地 方 受診費用 年 月 機助額 ※町が記入 円(上限: (基準絡先 氏名 補助対象者との関係	氏名 年月月日 現住所 申請者と同じ 加入医療保険 【種別】国保・健保・共済・その他() 【区分】本人・被扶養者市販の妊娠検査薬での確認 日 場性を確認した 日 場性を確認していない 日 長塚后出書2 その他() 】 びきる書類 2 その他()

(裏面もご記入ください)

(裏面)

	氏名	続柄	生生	年月日		職業	備考	
世			年	月	日			
帯構			年	月	日			
成			年	月	日			
			年	月	日			
	誓約事項(□に √ を入れてください。) □ 本申請により町が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了 承すること。							
	□ 本事業利用の審査のため、町民税課税状況及び住民基本台帳に関する資料を町が閲覧することを了承すること。							
等								

		銀行	本店
	金融機関名	信用金庫	支店
振		農協	出張所
込先	預金種別	普通 • 当座	
	口座番号		
座	フリガナ		
	口座名義人		

※ 振込先の口座名義を申請者本人以外の者とする場合は、この委任状に記入が必要です。

	委任状		
委任者(申請者) <u>氏名</u>			
私は、この補助金の受領に関する	ことを以下の者に委任します。		
受任者 住所			
氏名	(申請者との続柄)	

<添付書類>

- 1 妊娠の判定を受け、その実費を支払った事実、その額を証明できる書類の原本(領収書等(受診者氏名、受診年月日、検査項目、金額及び医療機関名が記載されたもの))
- 2 妊娠の事実を証明できる書類(妊娠届出書等)の原本
- 3 振込口座の分かるもの(通帳の名義部分の写し等)