

別記様式（第5条関係）

辰野町初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）辰野町長

辰野町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第5条に基づき関係書類を添えて申請します。

ふりがな 受診者（申請者） 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 _____ 電話番号 _____		
世帯構成員の状況	氏名	受診者との 続柄	1月1日時点の住所が異なる方は、 1月1日時点の住所
健診額		受診日	健診額（保険適用外のみ）
	1回目	年 月 日	円
	2回目	年 月 日	円
	合 計		円
申請額 （上限 10,000 円）	（健診額合計と助成限度額 10,000 円のいずれか少ない額） _____ 円		
医療機関名			
振込先金融機関			口座種類 普通 ・ 当座
	口座番号		
支店名	（フリガナ） 口座名義 ※申請者と同一名義		
同意欄	助成金の交付申請をするにあたり、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況を確認すること、医療機関等と辰野町が支援に必要な情報を共有することに同意します。 _____ 年 月 日 申請者氏名（自署）		

※申請は受診日から6か月以内に限りです。

（添付書類）

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書及び診療明細書の原本
2. 妊娠したことが分かる書類の写し（母子健康手帳の写し等）
3. 振込先が確認できる書類の写し
4. 住民登録が1月1日時点で辰野町以外にある場合、課税状況を確認できる書類