様式第１号（第４条関係）

大和町初回産科受診料助成金交付申請書兼情報提供同意書

年　　月　　日

大和町長　　　　　　　　殿

住　　所

申請者　氏　　名

　　　　電話番号

　　　　対象者との続柄

　大和町初回産科受診料助成事業実施要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１．対象者・世帯構成員

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 対象者との  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 |
| １ |  | 対象者 |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |

２．受診内容・申請額

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 医療機関名 | 健診額  （領収書の額） | 助成限度額 | 申請額  健診額と助成限度額で  いずれか少ない方の額 |
| 年　　月　　日 |  | 円 | 10,000円 | 円 |

３．振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫  信組・農協 | | 支店・支所名 | 本店・支店  支所・（　　　） | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ  口座名義人 |  | 種別 | 普通・当座 | 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  |

４．同意事項

|  |
| --- |
| 助成金の申請をするにあたり、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と大和町が、支援に必要な情報（妊婦健診の未受診や、家庭の状況等を含む）を共有すること、住民登録及び対象者の属する世帯の課税状況について照会を行うことについて  【　　　同意します　　　・　　　同意しません　　　】※どちらかに〇 |

添付書類

１．妊娠届や母子健康手帳等の妊娠していることを証明するもの

２．妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）

３．金融機関の口座がわかるものの写し（申請者の名義）

４．住民登録が１月１日時点で大和町以外にある場合、課税状況を記載した証明書

※町記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付者 | 課税確認者 | 課税状況 |  |
|  |  | 課税・非課税 |
| 特記事項 | | | |