

様式第1号（第5条関係）

高島市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

.....年.....月.....日

高島市長

申請者 住所
氏名
連絡先

下記のとおり、初回産科受診料助成金について申請および請求します。
なお、本事業に必要な情報を市と医療機関等が共有すること、および対象者が属する世帯全員の住民基本台帳および課税状況を確認することに同意します。

記

1 対象者

氏名		生年月日	年月日
住所 *申請者と同じ場合は記入不要	高島市		
受診日	年月日	助成金申請額	円

2 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関名	銀行 信用組合 農協	本支店名	本店・支店 支所 出張所
預金種別	普通・当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

3 添付書類

- (1) 医療機関が発行する領収書および診療明細書
- (2) 妊娠と診断されたことがわかるもの（エコー写真、検査結果等）
※医療機関発行の妊娠届出書がある場合は不要
- (3) 振込先がわかる通帳の写し