

初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

豊後高田市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
受診者との関係（ ）

豊後高田市初回産科受診費用助成金交付要綱第4条に基づき、関係書類を添えて申請します。なお、助成を受けるにあたり、市民税が非課税である世帯又はこれと同等の所得水準であると確認するため、世帯の課税状況を確認すること、あわせて受診する産科医療機関等の関係機関と市が必要に応じ、支援に必要な情報を共有することについて同意します。

受診者	氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日	日生 () 歳
	住所	豊後高田市		電話	
受診日		年 月 日	受診費用	円	請求額 円
初回産科受診の前に、市販の妊娠検査薬での陽性の確認の有無に○をつけてください。（有・無） ※「無」の場合は、実施しなかった理由について次の（ ）にご記入ください。 () ←					
振込先	金融機関名	銀行・信組 金庫・農協			本店 支店 出張所 普通当座
	口座名義	カタカナで記入	口座番号		

(添付書類)

1. 受診費用の領収書及び明細書の原本
2. 振込先の通帳又はキャッシュカードの写し
3. 本人を含む世帯全員の所得・課税証明書
4. その他市長が必要と認める書類

※受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を受診者以外の方とする場合には、下記の委任状に記入してください。

委 任 状	
私（受診者）は、本件に係る一切の権限を以下の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 受診者との関係（ ）
年 月 日	_____ 受診者氏名