

立山町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金申請書兼請求書

（宛先） 立山町長

立山町低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第 5 条に基づき関係書類を添えて申請します。また、次の事項について同意します。

- （１）本申請書及び添付資料に含まれる個人情報について、町が助成金交付や支援の可否にかかる確認に利用すること
- （２）医療機関等と町が、必要に応じて申請者の支援に必要な情報を共有すること
- （３）申請後、町が健康管理等のため、必要に応じて電話または家庭訪問等を行うこと
- （４）検査内容や費用等、助成金の支払いに必要な情報について町が医療機関等へ照会すること

1 申請者

ふりがな				生年月日	年 月 日
氏名					
住所	〒 ー 立山町				
電話番号	()				
世帯構成員 の状況	氏 名	申請者との 関係	1 月 1 日時点の住所 ※申請日が 1 月 1 日から 5 月 31 日までの場合は、申請年の前年の 1 月 1 日時点の住所を記入ください。		
		本人	☐ 現住所と同じ ☐ その他 ()		
			☐ 現住所と同じ ☐ その他 ()		
			☐ 現住所と同じ ☐ その他 ()		
			☐ 現住所と同じ ☐ その他 ()		
住民票 課税証明書 省略	☐ 私（申請者）は、町が住所等を住民基本台帳、課税台帳で確認することに同意します。 （同意の場合は、 ☒ 。同意されない場合は、住民票・非課税証明書等を提出ください） ※ 転入の方は、課税状況が確認できないため、非課税証明書を提出ください。 ※ 非課税証明書等は、世帯全員分が必要です。				
妊娠継続に ついて	☐ 妊娠継続予定 ☐ 妊娠継続なし ☐ その他 ()				

2 助成申請額

受診日	受診料（請求書の額） (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A) と (B) でいずれか少ない額
年 月 日	円	10,000 円	円

3 振込先

金融機関名				支店名				預金種別	
								普通 ・ 当座	
銀行コード				支店コード					
口座番号				口座名義 * カタカナで記入					

※裏面あり

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

※委任状

私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

申請者氏名

4 提出書類

- (1) 妊娠判定のための初回受診料の領収書及び明細書の原本
- (2) 振込先が確認できるもの（通帳、キャッシュカードの写し等）
- (3) 非課税証明書（申請時に課税状況の確認ができる場合は不要）
- (4) 住民票（申請時に居住状況の確認ができる場合は不要）