

国富町初回産科受診費支給申請書兼請求書

国富町長 様

申請者

妊婦氏名 ㊞

住 所

電話番号

次のとおり、初回産科受診費の支給について、領収書及び診療明細書を添えて申請（請求）します。

申請（請求）金額 円（領収書の額 ※1万円を上限とする）

受診医療機関	名 称	
	所在地	

【振込先金融機関】 ※振込口座名義は、妊婦の方の氏名をお書きください。

※口座の確認できる書類を添付してください。

振込先金融機関		農協 信金 信連 信組 銀行 労金 店（所）							
預 金 種 目		1 普通 2 当座 (どちらかに○印 を付けてください)	口 座 番 号						
振込口 座名義	(フリガナ)								
	氏 名								

[同意欄]

初回産科受診費の支給を受けるに当たり、世帯の住民登録情報及び個人住民税の課税状況を確認することに同意します。また、受診医療機関が把握した状況（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況等）を、町が必要な相談支援等で情報を活用することに同意します。

妊婦氏名

〔備考〕国富町が世帯の課税状況を確認できない場合は、住民税非課税世帯又は同等の所得水準であることを確認できる書類を添付する。

※申請受付年月日	年 月 日	※（支給・不支給）決定年月日	年 月 日
※町民税課税世帯		※生活保護受給世帯	
※町民税担当課 確認欄		※生活保護担当課 確認欄	

※欄は、町担当者が記入しますので、記入しないでください。

（文書取扱：保健介護課）