

柏原市初回産科受診料助成申請書兼請求書

(宛先) 柏原市長

申請(請求)者 住所

氏名

電話番号

受診者との関係()



柏原市初回産科受診料助成金交付関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、助成金の交付申請をするにあたり下記項目に同意します。

- 所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市町村が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有することに同意します。

フリガナ 受診者氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒			
	電話番号 — —			
世帯構成員 の状況	氏 名	受診者との 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	
助成申請額	受 診 日	健診額(領収書の額) (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
	合 計			円
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所	支店コード
				種 別 普通・当座
	フリガナ 口座名義		口座番号	

添付書類

1. 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）
 2. 金融機関の口座がわかるもの
 3. 印鑑（朱肉を使うもの）
 4. 住民登録が1月1日時点で柏原市以外にある場合、課税状況を記載した証明書
- ※ 受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、委任状が必要です。