

年 月 日

丸森町長 殿

申請者（妊婦）

住 所

氏 名

電話番号

丸森町妊婦の初回産科受診費用助成金交付申請書

丸森町妊婦の初回産科受診費用助成金の交付を受けたいので、丸森町補助金等交付規則第3条第1項の規定により、次のとおり申請します。

【申請額等】

受診者氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）		
受診日	年 月 日	出産予定日	年 月 日		
医療機関名					
自己負担額 A	円	基準額 B	10,000円	申請額 (AとBのうち 少ない額)	円

【同意事項等】

- 他の市町村による同様の助成金等の支給を受けていません。
- 対象要件の確認のため、世帯構成及び世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 必要に応じて、町と医療機関等が対象者に対する支援に必要な情報を共有することに同意します。

申請者（署名） \_\_\_\_\_

【振込先】

金融機関名		支店名	
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

【添付書類】 ※以下のものをすべて添付すること

- 妊娠していることを証明するもの
- 妊娠判定に係る初回産科受診費用の領収書及び診療報酬明細書
- 振込先通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人が分かるもの）
- 世帯の課税状況を記載した証明書（転入者のみ）