

低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金交付申請書

令和 6 年 4 月 1 日

庄内町長 富樫 透 宛

申請者 住 所 庄内町余目字町132-1
氏 名 庄内 花子
電 話 090-0000-0000

低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金交付要綱第5条の規定により、必要書類を添えて次のとおり助成金の交付を申請します。

1 申請内容

初回産科受診日	令和6年4月1日	市販検査薬確認日	令和5年3月25日
受診医療機関名	●●産婦人科		
初回産科受診料の額	6,500円		

2 振込先

金融機関名	余目銀行	店 名	庄内支店
種 目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
口座番号	1234567		
フリガナ	ショウナイ ハナコ		
口座名義	庄内 花子		

添付書類

- (1) 初回産科受診を受けた医療機関等が発行する領収書及び明細書の写し
(2) 世帯全員の課税状況が確認できる書類

同 意 書
庄内町低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金交付対象世帯の要件を審査するため、私及び私の世帯員の状況及び課税状況を確認することに同意します。また、妊婦健診を実施し医療機関等が把握した妊産婦健診に係る状況を共有することに同意します。
令和 6 年 4 月 1 日
申請者 住 所 庄内町余目字町 132-1 氏 名 庄内 花子 生年月日 ●年●月●日