

延岡市初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

延岡市長 様

(申請者) 住所

氏名

印

延岡市初回産科受診料支援実施要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり初回産科受診料助成を申請します。助成金については下記口座に振り込むよう依頼します。

※太枠内を記入

フリガナ 受診者氏名		生年 月日	年 月 日生	
受診者住所	延岡市  (電話番号 - - )			
申請要件	1. 市民税非課税世帯 2. 生活保護受給世帯			
申請内訳	受診日	ア 申請額 (領収書額)	イ 支給 限度額	決定額 アとイの少ない 方の額
	年 月 日	円	10,000 円	円
同意書				
申請事項確認のため、延岡市が世帯の課税状況及び生活保護受給状況を確認することに同意します。また、妊婦健診の受診医療機関等の関係者と延岡市が、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。				
署名 _____				
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 振込先の情報は正確に記載してください。

振込先の口座名義人は申請者と同一の方としてください。

【市処理欄】	延岡市初回産科受診料助成について次のとおり決定します。		
支給決定年月日	年 月 日		
支給決定金額	円	おやか保健福祉課長	印