

(表面)

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

東海村長 様

東海村低所得妊婦初回産科受診料支援助成金申請書

申請者(対象者との関係:)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

東海村低所得妊婦初回産科受診料支援助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
生 年 月 日	年 月 日	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
産科受診内容	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査(産科医療機関の判断により実施)	
出 産 予 定 日	年 月 日	
受 診 日	受診年月日	申請金額
申請金額 (10,000円を上限とする)	1回目	円
	2回目	円
	合計	円
産 医 療 機 関	名称	
	住所	
	電話番号	()

私が受領する助成金について、下記指定口座への振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		支店・本店 本所・支所
預金種別	普通 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

【同意事項】 私は、東海村低所得妊婦の初回産科受診料支援に係る助成金の申請に当たり、次に掲げる各事項に同意します。 ・現在の社会的環境及び身体的状況等について、受診に必要な範囲で医療機関に情報提供をすること。 ・医療機関の受診結果について、東海村及び関係機関が支援に必要な範囲で把握又は管理すること。	<input type="checkbox"/> はい
※保護者同意(申請者が未成年の場合) 本支援を受けることに同意します。	<input type="checkbox"/> はい
保護者氏名	(続柄)

(裏面)

※職員記入欄<添付書類>

- 世帯全員の非課税証明書
- 生活保護受給者証写し
- 医療機関の発行する領収書又は診療明細書等支出を証明する書類
- その他村長が必要と認める書類

職員記入欄	課長	課長補佐	係長	担当