

深谷市低所得妊婦初回産科受診料費用助成金交付申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

次のとおり、標記助成事業における支給を申請します。

また、助成要件確認のため、本市が保有する住民基本台帳、課税状況等の確認、当該申請に関し受診した医療機関に照会することに同意します。

申請者	ふりがな			生年月日	昭和 平成	年 月 日  ( ) 歳
	氏名					
	現住所	〒				
	電話番号	【自宅・携帯・その他( )】 — — *日中必ず連絡のとれる電話番号を記入				
受診医療機関	医療機関名					
	住所					
	電話番号	— —				
	受診日	令和 年 月 日				
申請額		円				
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店(支所) 農協 出張所				
	預金の種類	普通 ・ 当座	フリガナ			
		口座名義人				
口座番号					(口座番号は 右詰記入)	

※太枠内を御記入ください。(氏名欄は自署であること)

事務局記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	受給者 番号	—		
要件確認	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 受診日 <input type="checkbox"/> 受診内容 <input type="checkbox"/> 妊娠判定結果 <input type="checkbox"/> 年度内申請回数 <input type="checkbox"/> 所得要件 ※添付書類 <input type="checkbox"/> 妊娠判定結果書類 <input type="checkbox"/> 受診に係る領収書・明細書 <input type="checkbox"/> 振込口座(写し) <input type="checkbox"/> その他( )				
助成結果	<input type="checkbox"/> 承認  <input type="checkbox"/> 不承認	助成対象額  円	支給決定額  円	承認・不承認年月日 年 月 日	