

大崎町長 宛て

初回産科受診料助成金交付申請書

大崎町初回産科受診料助成事業実施要綱第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり、初回産科受診料助成金の交付を申請します。

なお、私の属する世帯の構成員の課税状況等について貴町が調査すること及び必要な支援を受けるため貴町が医療機関と情報共有をすることについて同意します。

申請者氏名		生年月日	
申請者住所	大崎町	電話番号	
初回産科受診料		助成申請額 (10,000円上限)	

※ 添付書類

- 医療機関が発行した領収書及び診療明細書の写し（妊娠判定に伴う検査が分かるもの）

領収書がない場合、医療機関で下記内容を記入してもらってください。

（領収書をお持ちの方は、下記の記入は必要ありません）

受診日	年 月 日
検査項目等	<input type="checkbox"/> 問診及び診察 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査(医療機関の判断により実施) (実施項目に☑を記入してください。)
結果	妊娠(週)・不明・その他()
妊娠判定に要した費用	(上記検査項目等について本人から支払いを受けた額) 金 円
上記のとおり領収しました。 年 月 日 医療機関所在地 名称 代表者氏名 大崎町長 様	

※ 申請期間：受診日の翌日から起算して6か月以内