

様式第1号（第5条関係）

野洲市低所得妊婦の初回産科受診料補助金申請書兼請求書

年 月 日

野洲市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号
受診者との関係 （ ）

野洲市低所得妊婦の初回産科受診料補助金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請（及び請求）をします。

記

ふりがな 受診者氏名	生年月日	年 月 日
住所		
交付申請額	円 (初回の妊娠の判定につき1万円を限度とする。)	
添付書類	<input type="checkbox"/> 妊娠の判定を実施した医療機関が発行する領収書及び診療明細書（原本）	
振込先	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 支所 農業協同組合 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	
同意欄	補助金の申請に当たり、野洲市が受診医療機関等、関係機関と支援のために必要となる情報を共有すること、住民基本台帳及び市税等に関する公簿を閲覧することに同意します。 申請者氏名（自署）	

- ※関係書類
- (1) 受診者本人確認書類
 - (2) 通帳などの振込先が分かるもの
 - (3) その他市長が必要と認める書類