

様式第1号（第4条関係）

遠軽町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

遠軽町長 様

申請者

妊婦氏名 \_\_\_\_\_

住 所 遠軽町 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成について、領収書及び診療明細書の写しを添えて申請します。

申請額 \_\_\_\_\_ 円

受診産科医療機関	名 称	
	所在地	

【振込先金融機関】

金 融 機 関	銀行 信用金庫 農協 労働金庫							
支 店・支 所 名	本店 支店 出張所							
口 座 番 号	1 普通	2 当座						
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							

※振込先の口座名義人は、妊婦本人の氏名をお書きください。

【同意欄】

初回産科受診料の助成を受けるにあたり、世帯の住民登録情報及び個人住民税の課税状況を確認することに同意します。また、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

妊婦氏名 \_\_\_\_\_

【添付書類】

- 妊娠判定における初回産科受診日の領収書及び診療明細書の写し（氏名、診療年月日、医療機関名等の記載があるもの）
- 住民登録が、この書類を提出する年の1月1日時点で遠軽町以外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書

※申請は初回産科受診日から3か月以内に限りませす。