

枕崎市初回産科受診料支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

枕崎市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
TEL

下記により初回産科受診料支援金を申請します。

申請に当たり、世帯構成員の市町村民税課税状況又は生活保護受給状況を調査すること、及び妊婦健診の受診医療機関等と市が必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。

なお、市が交付を決定した場合は、その決定額を下記の通り請求します。

対象者	氏 名			生年 月日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所 <small>*申請者と同一の場合は記載不要</small>	〒 枕崎市  TEL - -					
	妊娠判定検査受診を希望する理由 <small>*該当欄に○印又は( )内に内容を記入してください。</small>	1. 妊娠の兆候があるため (月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため 3. その他 ( )					
対象者の属する世帯の状況	世帯構成員名	対象者との続柄	生年月日	職 業	備 考		
		(世帯主)					
		対象者					
申請 ( 請求 ) 額		円 (妊娠判定1回につき上限10,000円)					
振込先	金融機関名				本店 支店 出張所 支所		
	口座種別	普通 当座 貯蓄	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						
<p>※ 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に申請者の自署による記入が必要です。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p>私は、上記の口座名義人に初回産科受診料支援金の受領を委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>委任者(申請者)氏名 _____ 受任者 _____</p> </div>							
<p>※ 妊娠判定の受診項目及び支払った金額が分かる書類の写しを添付すること。</p>							