

別記第1号様式(第5条関係)

北広島市低所得妊婦初回産科等受診料費用助成交付申請書兼請求書

年 月 日

北広島市長 様

申請者住所
申請者氏名
電話番号

北広島市低所得妊婦初回産科等受診料費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、当該申請の審査に当たり、市が保有する個人情報を利用し、医療機関等に問い合わせることに同意します。

対象者	氏名			
	生年月日	年	月	日
	出産予定日	年	月	日
受診医療機関	住所 電話番号 医療機関名			
受診日	年 月 日			
受診費用	円	助成申請額 (上限1万円)	円	
振込先 (申請者と同一者とする)	金融機関名			支店名
	預金種別	普通 当座	ふりがな	
			口座名義人	
口座番号				

【添付書類】

- 1 初回産科等受診に係る領収書の写し
- 2 振込口座情報を証明する書類等の写し
- 3 住民登録が、この書類を提出する年の1月1日時点で北広島市以外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書
- 4 同意書