

(様式第1号)

大江町妊婦健康診査等費用助成事業(おおえあんしん妊娠サポート助成事業)申請書兼請求書

令和 年 月 日

大江町長 殿

下記について確認・同意の上、大江町妊婦健康診査等費用助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

○助成額決定にあたり、夫婦の住民記録(外国人にあたっては外国人登録)の調査、夫婦の納税状況等の関係書類を閲覧及び本申請内容について他の地方公共団体・医療機関への照会を行うことに同意します。

○以下の場合は本町からの助成金の支給対象になりません。また本町からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、支給済みの助成金を返還することに同意します。

- ・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

1、申請者(妊産婦本人)

住所	大江町大字	電話番号	
フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 出産予定日	令和 年 月 日	母子健康手帳交付日・交付番号	
<input type="checkbox"/> 出産日	令和 年 月 日	令和 年 月 日 NO.	

2、請求する妊婦健康診査等費用

妊婦健康診査等の受診日	妊娠週数	医療機関名	自己負担額	※助成額	※母子健康手帳交付
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
令和 年 月 日	週		円	円	前・後
合計			円	円	

3、振込先(申請者名義のもの)

金融機関名	銀行 農協 信組 ゆうちょ銀行		本店・支店・支所
口座番号	口座名義(カナ)		

注 1) 太枠内を記入してください。 2) ※欄は記入しないでください。

【添付書類の説明等を裏面に記載しています。裏面も必ずご確認ください。】

