

綾川町低所得の妊婦に対する初回産科受診費用の助成申請書兼請求書

綾川町長 様

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて、妊婦初回産科受診費用助成事業の助成を申請します。

申請者 (産科受診 者本人)	住所	〒 香川県 綾歌郡 綾川町		
	氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
初回産科受診日		年 月 日		
受診医療機関名		名称 住所		
初回産科受診費用		金 円		
申請額		金 円		
同意事項		綾川町が助成の決定を行うために必要な次の事項について同意します。 ☐ 本事業利用の審査のため、綾川町が世帯の住民登録情報、住民税課税状況等を確認することに同意する。 ☐ 妊婦健診受診医療機関等の関係機関及び町が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健診の受診状況、家庭の状況等を含む）を共有することに同意する。		

振込先

銀行 農協	支店 出張所	フリガナ							
		名義人							
口座種目	普通	口座番号							