

様式第1号（第4条関係）

四万十市初回産科受診料助成事業申請書兼請求書

年 月 日

四万十市長 様

四万十市初回産科受診料助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。交付決定後は、下記に指定する金融機関の口座へ助成金を振り込んでください。

申請者 氏名				生年月日		
				年	月	日
住所	〒 四万十市			電話番号		
受診医療機関名						
初回産科受診日	年	月	日	出産予定日	年	月 日
自己負担額 (a)		補助限度額 (b)		請求金額 (aとbのうち少ない額)		
円		10,000円		円		

(添付書類)

※領収書及び明細書の原本

※本人確認書類写し（運転免許証、健康保険証、マイナンバー等）

※その他書類審査の結果、市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

申請にあたり次のとおり同意します。（同意事項に☑を記入してください。）

四万十市が、住民基本台帳を閲覧すること、また所得判定のために世帯の課税状況を確認することに同意します。

必要に応じて受診医療機関等と四万十市が必要に応じて情報共有することに同意します。

署名： _____

署名日： 年 月 日

振 込 先	金融機関名	銀行・信金・信組 農協・労金						本店・支店 出張所
	口座番号						普通 当座	
	フリガナ							
	口座名義人							

※申請者名義の口座に限ります。

※この申請書は、四万十市が交付決定をした後に助成金の請求書として取り扱います。