

別記様式第1号（第6条関係）

記入例

精華町産科受診等支援事業申請書・同意書

精華町長 様

市町村民税非課税世帯を対象とした産科受診等の支援を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 妊婦氏名	(せいか はな 精華 花華)
生年月日	昭和〇年 〇月 〇日 生
住所	精華町 南稲八妻北尻70番地
連絡先	0774-94-2004
受診実施医療機関	名称 〇〇クリニック TEL 0774-〇〇-〇〇〇〇
支援への同意	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 ①初期から子育て期にわたって、切れ目のない支援を受けるため、実施医療機関と精華町とが連携（必要に応じて、心身の状況等を情報共有等）して、妊娠経過を支援及び妊娠届出時の面談をすることに同意します。 ②本事業の審査のため、市町村民税課税状況などを精華町が閲覧することについて同意します。

申請に必要な書類

<input checked="" type="checkbox"/>	初回産科受診料（妊娠の判定）に係る領収書及び診療明細書の原本の提示
<input checked="" type="checkbox"/>	申請者本人の確認ができるもの（運転免許証、保険証等）の提示
<input checked="" type="checkbox"/>	助成金支払いのための金融機関振込先が確認できるもの（通帳の写し等） *申請者と異なる口座名義への振込を希望する場合は委任状（裏面へ記載）
<input type="checkbox"/>	転入等で課税状況が本町において確認できない者は、世帯全員の課税状況が分かる資料

口座振替依頼書

初回産科受診料を既に支払ったので、下記の振り込み先に入金願います。						
口座振込先						
<input checked="" type="checkbox"/>	せいか	<input type="checkbox"/> 銀行 信用金庫	せいか	<input type="checkbox"/> 支店 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号（右詰で記入ください）				口座名義（カタカナ）	
		1	1	1	1	1
						セイカ ハナ
初回産科受診料の請求及び受領について						
<input type="checkbox"/> 委任いたします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">(氏名) <input type="text" value="委任される人の氏名"/></div> <div style="text-align: center;">(続柄) <input type="text" value="委任される人の続柄"/></div> </div>						
<input type="checkbox"/> 申請日と同じ日付 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>						
<input type="checkbox"/> 請求及び受領を申請者以外に委任する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> を付けて、右欄も記入してください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">申請者氏名</div> <div style="text-align: center;"><input type="text" value="妊婦氏名"/></div> <div style="text-align: center;">(署名)</div> </div>						

請求及び受領を申請者以外に委任する場合は、を付けて、右欄も記入してください。