

別記様式第1号（第6条関係）

精華町産科受診等支援事業申請書・同意書

_____年 _____月 _____日

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	()
生年月日	_____年 _____月 _____日生
住所	精華町
連絡先	
受診実施医療機関	名称 TEL
支援への同意	<input 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 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 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 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							
	銀行				支店		預金種別	
	信用金庫				出張所		□	普通
							□	当座
口座番号（右詰で記入ください）				口座名義（カタカナ）				
□	初回産科受診料の請求及び受領について							
	_____ （氏名） _____ （続柄） _____ に							
	委任いたします。							
	_____ 年 月 日							
申請者氏名 _____ （署名）								