

別 記

第1号様式（第5条関係）

山武市初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）山武市長

山武市初回産科受診料助成金の交付を申請します。

私の属する世帯の構成員の課税状況等について、貴市が調査すること及び必要な支援を受けるために医療機関と情報共有することを同意します。

申 請 者	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 山武市 電話番号 ()			
	妊娠判定検査を希望する理由	1. 妊娠の兆候があるため (月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応が出たため 3. その他 ()			
世帯の状況	世帯構成員の氏名	続柄	生年月日	職業	備考
		本人			

《特例受診者の償還払》

助成金の交付が決定した際は、初回産科受診料助成金を次の口座に振り込んでください。

申 請 額	判定費用が1万円以上の場合は1万円 1万円未満の場合は判定費用と同額	円
金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		