

筑紫野市妊娠判定受診費用助成金交付申請書 兼 請求書

年 月 日

（宛先）筑紫野市長

妊娠判定受診費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり筑紫野市妊娠判定受診費用助成事業実施要綱第4条の規定により申請します。

記

1 申請・請求者（受診者）

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏 名	印		
住 所	〒	電話 番号	

2 請求金額内訳

受 診 日	受診費用 (A)	助成限度額 (B)	請 求 額 (A・Bどちらか少ない額)
年 月 日	円	10,000円	¥

3 振込先口座

金融機関名	銀行・農協 信用金庫 組合				金融機関 コード		店名	本店・支店 出張所 支所	支店 番号			
口座種別	普通 当座	口座 番号					フリガナ 口座名義人					

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合、裏面の委任状に記入ください。

4 誓約・同意事項 ※下記事項を確認し、全てに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 世帯の課税状況を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 受診医療機関と市が、必要に応じて、受診や妊婦健診等の健康状況、家庭の状況等の社会的状況について、情報共有を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> 市子ども家庭課の保健師、助産師等より、妊娠、出産および育児に必要な支援を受けることに同意します。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正な手段により助成を受けた場合は、助成金を返還します。
--

5 添付書類

- 妊娠判定の検査結果または診療明細書
 受診時の領収証
 振込口座がわかるもの
 所得状況がわかるもの（必要な場合のみ）

(裏面)

委任状

私は、表面に記載の口座名義人に妊娠判定受診費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

申請（受診）者氏名