様式第１号（第5条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　吉備中央町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

吉備中央町長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所　吉備中央町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

次のとおり、初回産科受診料の助成を受けたいので関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、助成金の申請をするにあたり、世帯状況、世帯の課税状況について調査すること及び支援に必要な情報を吉備中央町と医療機関等が共有することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 電話番号 |  |
| 受診日 | 年　　　　月　　　日 |
| 自己負担額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請額（上限10,000円） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

(注)添付書類：

1.受診費用の領収書及び診療明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関名が記載されたもの）

2.住民登録が1月1日時点で吉備中央町以外にある場合、課税状況を記載した証明書