

様式第4号（第8条関係）

初回産科受診料支援事業申請書兼請求書

申請日 年 月 日

恵庭市長様

郵便番号

住所

氏名

電話番号

恵庭市低所得妊婦初回産科受診料支援事業実施要綱第8条の規定に基づき、次の通り関係書類を添えて申請します。

	氏名（フリガナ）		生年月日				
対象者			年 月 日				
			年 月 日				
受診費用 自己負担額	円	助成申請額 (上限 10,000 円)	円				
振込先の金融機関名称及び口座番号等							
金融機関	銀行 金庫 農協	口座名義					
		本店 支店 支所 出張所	預金種別 1 普通 2 当座 3 その他()	預金種別		口座番号	

※ 口座番号は左詰めで記入ください。

※ ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）」（通帳見開き下部に記載）を記入ください。

【同意事項】チェック欄（□）に『✓』を入れてください。

支給要件の該当性等を審査するため、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関に求める・提供することに同意します。

- | | |
|--------|--|
| 【添付書類】 | <input type="checkbox"/> 初回産科等受診に係る領収書の写し |
| | <input type="checkbox"/> 振込口座情報を証明する書類等の写し |
| | <input type="checkbox"/> 住民登録が、この書類を提出する年の1月1日時点で恵庭市外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書 |