

## 志賀町初回産科受診費用助成事業交付金申請書兼請求書

志賀町長 あて

志賀町初回産科受診費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。  
なお、支給決定額は下記の口座に振り込んでください。

氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	申請者						
現住所	羽咋郡志賀町			電話番号			
1月1日時点の住所 (現住所と異なる方)							
出産予定日(わかる方)		令和	年	月	日		
産科受診年月日		令和	年	月	日		
受診医療機関 名称							
所在地						電話番号	
受診料(a)		交付限度額(b)		申請額(aとbのうち低い額)			
円		10,000円		円			

## 受取口座

※裏面に受取口座確認書類を添付してください。

## 【受取口座記入欄】

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協			本店(所)・支店 (所)			
					出張所			
	金融機関番号				店番号			
	預金種別 (該当する方に○)	1 普通	口座番号 (右詰記入)					
		2 当座						
	(フリガナ)							
	口座名義							

(注) 1 「申請者・請求者」の口座番号を記入してください。

※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)を記入してください。

※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

2 以下の書類を添付してください

(1) 領収書(コピー可)

(2) 母子健康手帳の写し(交付された方)

※その他書類審査の結果、町長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります

## (申請に伴う同意・誓約事項)

- 私の住民基本台帳及び外国人登録台帳を閲覧すること、また、所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 必要に応じて受診医療機関等の関係機関と情報を共有することに同意します。
- 助成金の支給を受けた後に助成対象者の要件に該当しないことが明らかとなった場合又は偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、志賀町初回産科受診費用助成事業交付金を返還します。

署名日:令和 年 月 日 署名

【町処理欄】

申請受付日

助成決定金額	¥					
助成決定年月日	令和	年	月	日		
助成決定通知年月日	令和	年	月	日		
世帯課税状況	課 税 ・ 非課税					

受取口座確認書類

※受取口座の金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)が分かる通帳やキャッシュカードの写し