

様式第1号（第7条関係）

小松市初回産科受診料支援事業申請書兼請求書

年 月 日

（あて先） 小松市長

申請（請求）者住所 _____
 申請者氏名 _____
 （口座名義人と同一）
 電話番号 _____
 受診者との関係 _____

小松市初回産科受診料支援事業実施要綱に基づき関係書類を添えて申請します。
 なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民登録状況について調査することに同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日		
住 所	〒 _____ 電話番号 _____				
1月1日時点の住所が異なる方は、1月1日時点の住所					
助成 申 請 額		受診日	健診額(A) (領収書の額)	(A) の合計	助成限度額 (B)
	1回目	年 月 日	円	円	10,000 円
	2回目	年 月 日	円		
	申請額 (A) と (B) でいずれか少ない額				

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 本所 支所 出張所	種別	普通 当座
	フリガナ 口座名義		口座番号		

申請は医療機関受診月から6か月後の末日までに限ります。

【添付書類】

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関名が記載されたもの）
2. 金融機関の口座がわかるもの
3. 本人確認のできる身分証明書
4. 住民登録が1月1日時点で小松市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

※受診者以外の方が申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入が必要です。

委 任 状	
私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 受診者との関係 (_____)
年 月 日	_____ 受診者氏名 (_____)