

小松市初回産科受診料支援事業申請書

年 月 日

（あて先） 小松市長

申請者 住所

氏名

（口座名義人と同一）

※署名又は記名・押印

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		※申請者と同一の場合は記載不要		受診者 現住所 連絡先	※申請者と同一の場合は記載不要 〒 電話番号	
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					円

（口座振込金融機関）

金 融 機 関 名	支 店 名	預金種別
銀 行 信用金庫 農 協	支店 支所	・ 普 通 ・ 当 座 ・
口座番号(7ケ)	口 座 名 義 (ｶ)	

※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。

※口座番号、口座名義等は、金融機関に確認のうえ、必ず記入してください。

※口座名義は申請者と同一にしてください。

※受診者と申請者が異なる場合は、下記の委任状に受診者の氏名を記載してください。

委 任 状	
私は、上記の申請者を代理人と定め、本件に係る申請、請求及び受領を委任します。	
受診者氏名	※署名又は記名・押印

【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の写し又は窓口での提示
（受診者以外の方が申請する場合は受診者のものと申請者のものの両方）
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