

旭川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業申請書兼請求書

年 月 日

旭川市長様

住所 旭川市
申請者

関係書類を添えて、旭川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成を申請します。

- 世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 必要な支援を受けるため、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市町村が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有することについて同意します。

記

受診者氏名	(ふりがな) 氏名	生 年 月 日	
	()	年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 旭川市		電話 ()
受診先 医療機関名		初回受診日	出産予定日
		年 月 日	年 月 日
助成申請額	受診料 (A)	助成限度 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか少ない方 の額を記入
	円	10,000円	円
振込先金融機関の名称及び口座番号等			
振込先金融機関の名称		金融種別	口座番号
銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		1 普通 2 当座	
(フリガナ) 口座名義		()	

※市確認欄	住民基本台帳 確認		課税状況確認	課税 非課税	確認日