

様式第 1 号（第 4 条関係）

毛呂山町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）毛呂山町長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

毛呂山町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第 4 条の規定により、必要書類を添えて下記のとおり助成金交付を申請します。

なお、助成要件確認のため町が保有する住民基本台帳等の確認、世帯員の町民税の課税状況の確認及び医療機関等に照会することについて同意します。

記

受 診 者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	
	出産予定日	
受 診 し た 医 療 機 関 等	名 称	
	住 所	
	電話番号	
初 回 産 科 受 診 日		年 月 日
初 回 産 科 受 診 料		円
助 成 金 交 付 申 請 額 (上 限 1 万 円)		円

注 1 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 受診した産婦人科医療機関が発行した領収書の写し
- (2) 生活保護法に規定する被保護者であることを証する書類
- (3) 町民税が非課税の世帯に属することを証する書類（公簿等により確認できるときは省略可）