

様式第1号（第5条関係）

松川町初回産科受診料補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（届出先）松川町長

申請者 住 所 松川町

氏 名

印

電話番号

次のとおり、松川町初回産科受診料補助金を申請します。（太線の枠内のみご記入ください。）

フリガナ 氏名		生 年 月 日	年 月 日生	( 歳)
住所 <small>※申請者と同一の 場合は記載不要</small>	〒 ー 松川町		電話	
補助申請額	受診日	受診医療機関	受診に要した金額（領収書の額）	
	年 月 日		円	
補助金の請求額		円		
受診に要した金額又は 10,000 円のいずれか少ないほうの額				
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
(申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。)				
上記の口座名義人に委任します。 申請者 印				
①本事業利用の審査のため、町民税課税状況及び住民基本台帳に関する資料を閲覧することについて 同意します。				
②妊娠および出産、育児に必要な支援を受けることに同意します。				
③支援に必要な情報を医療機関等と共有すること及び健康状態等について医療機関等から町に情報 提供することに同意します。				
年 月 日 申請者氏名：				
住民税	課税・非課税	担当者名		
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日			