

美作市妊婦初回産科受診費用助成金交付申請書

年 月 日

美作市長 殿

申請者（受診者）

住 所

氏 名

印

生年月日

電話番号

初回の産科受診を行いましたので、美作市妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金交付要綱に基づき関係書類を添えて下記のとおり助成金を申請します。助成金は次の口座へ振り込んでください。

受 診 医 療 機 関 名	
初 回 産 科 受 診 年 月 日	令和 年 月 日 *令和 6 年 4 月 1 日以降が対象です
自 己 負 担 合 計	円
助 成 申 請 額	円 （上限 5, 0 0 0 円）

【振込先口座】

金 融 機 関 名	銀行・金庫 店 金庫・農協 所		
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義 人			

【同意欄】 ※該当する項目に☑を入れてください。

必要に応じて、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と美作市が、支援に必要な情報を共有することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
---	---

【添付書類】

- ☐ 妊娠が確認できる妊娠届出書
- ☐ 妊娠判定検査に係る領収証（原本）及び診療内容のわかるもの

【美作市記入欄】

決定年月日	令和 年 月 日
手帳番号	
決定内容	承認・不承認