

様式第1号（第4条関係）

美作市妊婦初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

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5,000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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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）及び診療明細書

【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