

様式第1号（第5条関係）

## 川俣町初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

川俣町長

次の通り川俣町初回産科受診料助成金を申請します。

申請者 (受診者)	氏名	印	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住所等	川俣町 電話番号		
助成申請額	受診費用 (A)	助成限度額 (B)	申請 (請求) 額 (A) と (B) でいずれか少ない額	
	円	10,000円	円	
振込先口座	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店
	預金種別 口座番号	普通 ・ 当座		No
	フリガナ 口座名義			

- (注意事項) 1 申請時には医療機関が発行する領収書及び明細書（氏名、診療年月日、医療機関名等が記載されたもの。）を添付してください。  
領収書を紛失した場合は、受診した医療機関に裏面を記入してもらってください。
- 2 振込先の口座名義は申請者と同じ名義になります。

医療機関の皆様へのお願い

この申請書は、初回産科受診料（胎児心拍を確認した1回分の受診料）を助成するための申請書です。

申請者から依頼がありました際には、下記の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

医療 機 関 記 入 欄	実施医療機関	受診年月日
	医療機関等の名称及び所在地	年 月 日
	開設者又は病院長名	領収金額
	印	円
	電話番号	