

初回産科受診料償還払申請書

年　月　日

奄美市長 殿

下記により低所得の妊婦に対する初回産科受診料償還払いを申請します。

申請に当たり、世帯構成員の市町村民税課税状況又は生活保護受給状況を調査すること、及び妊婦健診の受診医療機関等と市が必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。

申請者 (受診者)	フリガナ 氏名	印	生年月日	年　月　日
	住 所	(電話番号)		
振込先		本・支店名	種別	口座名義 ふりがな
(銀行・金庫・組合)		(本店・支店・出張所)	普通 当座	
下記受診費に係る助成金の受領に関する事を下記の者に委任します。				
受任者 住 所 氏 名		印	申請者との続柄	

妊娠判定検査 実施年月日	医療機関名	基準額	実際の支払額	申請額
年　月　日		20,000 円	円	円

添付書類

- 1 医療機関が発行した対象費用の領収書及び明細書の写し

※こちらには記入しないでください

課長	課長補佐	係長	係