

# 豊岡市低所得の妊婦の初回産科受診料助成金請求書

受付印

豊岡市長様

下記のとおり、低所得の妊婦の初回産科受診料助成金を請求します。  
なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委託します。

請求年月日 年 月 日

## 1 同意事項（下記の事項を確認し、同意する場合は□に✓を記入してください。）

<input type="checkbox"/>	豊岡市が助成の適否を判断するため、世帯の課税状況を確認すること。
<input type="checkbox"/>	妊婦健康診査の受診医療機関等と豊岡市が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診の状況及び家庭の状況等を含む。）を共有すること。

## 2 請求内容

請求者 (妊婦)	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 豊岡市  日中連絡可能な電話番号（ ）	
受診医療機関		受診年月日	年 月 日
請求金額	円（上限：10,000円）		

## 3 振込先

金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店名	本店・出張所 支店
口座番号		預金種別	普通 ・ 当座
フリガナ			
口座名義人			

- ※ 医療機関等発行の領収書及び診療明細書の写しを添付してください。
- ※ 助成券が交付されている場合は、必ず助成券を添付してください。