

糸満市長 殿

糸満市初回産科受診料助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて、妊婦初回産科受診料の助成を申請します。

住所 〒	糸満市字		
申請者	妊婦氏名	印	
	生年月日	年 月 日	(歳)
	代理申請者	印	
	妊婦との続柄		
	代理申請の理由		
初回産科受診日	受診した医療機関		
令和 年 月 日			
同意事項	糸満市が助成の決定を行うにあたり、必要な次の事項に同意します。 ☐ ①所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。 ☐ ②妊婦健診の受診医療機関等の関係機関及び糸満市が、必要に応じて妊娠中の情報（妊婦健診や世帯の状況等）を共有することに同意します。		

☐出産子育て応援ギフト申請時に登録した口座を使用します。（下記入力不要）

☐新しく口座を指定します。

振込先	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合	支店 支所
	フリガナ		
	口座名義人		
	預金種別	普通	当座
	口座番号		

※添付書類 医療機関が発行する領収書