

第2号様式（第8条、第9条関係）

戸田市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

(宛先)

戸田市長

初回産科受診料の支給について、次の同意事項に同意の上、次のとおり領収書及び診療明細書を添えて申請及び請求します。

1 申請及び請求者(受診者本人)	記入日	年	月	日
フリガナ		生	年	月
氏名		年	月	日
現住所	戸田市			
連絡先	日中の連絡先			
1月1日の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)				

2 世帯状況

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	1月1日の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

3 請求金額

受診日	A：自己負担額	B：上限額	請求金額 (A・Bのうち少ない額)
年 月 日	円	10,000円	円

4 振込口座 (申請・請求者の口座とします)

金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店
預金の種類	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

**【同意事項】**

初回産科受診料の支給を受けるに当たり、世帯の住民登録情報及び個人住民税の課税状況を確認することに同意しました。また、医療機関等の関連機関と市が必要に応じて情報共有すること並びに市より妊娠、出産及び育児において必要な支援を受けることに同意します。

申請・請求者 署名 \_\_\_\_\_