

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

大津町長 様

大津町初回産科受診料助成金申請書

申請者

住所 大津町

氏名

次のとおり、大津町初回産科受診料助成に当たり、以下の内容に同意の上、申請します。

- ・大津町が住民基本台帳及び世帯の課税状況等を確認することに同意すること。
- ・産科医療機関等の関係機関と大津町が必要な情報共有に同意すること。

助成対象者	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	大津町	
	連絡先		
受診医療機関名			
初回産科受診日	年 月 日		
初回産科受診料の額 (妊婦健診費用を除く自己負担相当額)	円	助成申請額 (上限10,000円)	円

【 必要書類等 】

- 1 妊娠したことが分かる書類（医療機関発行の妊婦届等）
- 2 初回産科受診料に要した費用の領収書の写し
- 3 妊婦の世帯全員が住民税非課税である証明書
(転入等で町が課税状況の確認ができない場合)
- 4 口座が分かる通帳等
- 5 印鑑

【 町記入欄 】 確認日： 年 月 日

課税区分	課税 ・ 非課税	確認者	
------	----------	-----	--