

船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

船橋市長 あて

次のとおり、船橋市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金を申請します。

1. 申請者(妊婦)

フリガナ		生年月日
氏名	Ⓜ	年 月 日
住所		
連絡先	()	※日中連絡がとれる連絡先

2. 申請額

自己負担額(医療保険外) (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)で少ない額
円	10,000円	円

3. 初回産科受診医療機関

受診日	医療機関等
年 月 日	

4. 振込先口座

金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店												
預金種別	1 普通	2 当座	その他 ()	口座番号									
口座名義 (カタカナで記入すること)													

口座がわかる書類の添付をお願いいたします。(キャッシュカード、通帳の写し等)

5. 同意欄

妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と市が情報共有を行うことに同意します。

申請者氏名 _____

受付場所		受付日		受付者	
------	--	-----	--	-----	--