

別記様式（第5条関係）

低所得の妊婦に対する初回産科受診料償還払込請求書

年 月 日

猪苗代町長

猪苗代町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて請求します。

請求者 (妊婦本人)	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名	印			
	現 住 所	〒			
	電 話 番 号				
請 求 金 額 (上限額10,000円)		円			
受診医療機関					
受診日		年 月 日			

振込先口座	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協								本店 支店 支所
		金融機関 コード					支店番号			
	預 金 種 別	普通 ・ 当座								
	口 座 番 号									
	フリガナ									
	口 座 名 義 人									

※裏面に続きます。

請求者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に初回産科受診料の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
請求者氏名	印

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

所得の状況を確認するため、猪苗代町が世帯の課税状況を確認することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊婦健康診査を受託する産婦人科医療機関等の関係機関と猪苗代町が、必要に応じて、支援に必要な情報（妊婦健康診査の受診状況や、家庭の環境等を含む。）を共有することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

【提出書類】※必要書類が不足している場合に、追加の書類を求めることがあります。

- ☐初回産科受診費用の支払いを証明する書類（原本）
- ☐振込先の金融機関口座が確認できる書類（写し）