

東広島市妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

年 月 日

東 広 島 市 長 様

申請（請求）者 住所
氏名

電話番号（ ） -

関係書類を添えて次のとおり妊婦に対する初回産科受診料の助成を申請します。なお、支給決定額は、次の口座に振り込んでください。

フリガナ 受診者氏名 (妊婦)	生 年 月 日		
	昭和	年	月 日
	平成		
出産予定日	年 月 日		
(受診先医療機関) 名称			
住所 (〒 -)			
電話番号 () -			
受診日	受診費用	※対象分(市記入欄)	
年 月 日	円	円	

(申請に伴う同意事項)

- 私の住民基本台帳及び外国人登録台帳を閲覧すること、また、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。
- 必要に応じて、受診医療機関に受診状況等の問い合わせすることに同意します。

署名日： 年 月 日 署名： _____

【振込口座】

金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)		支店名		分類	口座番号 (右づめ)				フリガナ 口座名義	
1 銀行 2 金庫 3 信組 4 信連 5 農協 6 漁協 7 信漁連		本・支店 本・支所 出張所		1 普通 2 当座						
金融機関コード		支店コード								

ゆうちょ銀行	通帳記号 (5ケタ)	※記号と番号の間に数字がない場合は空欄	通帳番号(8ケタ) (右づめ)	フリガナ 口座名義
通帳を開いて左上またはキャッシュカードに書いてある記号・番号を書いてください。				

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状を記載してください。

私は、上記口座名義人に東広島市初回産科受診料支援事業の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者署名 _____

【添付書類の確認】

- 「振込口座確認書類」のコピー
金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かるもの
(通帳（開いた最初のページ）、キャッシュカード、インターネットバンキングの画面 など)
- 「申請者本人確認書類」のコピー
運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証等 など
- 「領収書」(原本)
- 「母子健康手帳」交付されている場合は持参ください。(母子健康手帳番号： _____)

【市確認欄】	確認日	確認者
振込口座確認書類		
申請者本人確認書類		