

河南町初回産科受診費用助成金申請書

年 月 日

河南町長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。
 交付決定後は、下記の口座に振り込んでください。

下記事項を確認のうえ、署名し申請に進んでください。

- ①対象者の属する世帯構成員の課税状況を確認することに同意します。
- ②妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と河南町が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有することに同意します。
- ③偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けたと認められるときは、助成金を返還します。

署名

（申対象者）	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	河南町			
	昼間連絡のとれる電話番号				

世帯対象者の状況属する	世帯構成員名	対象者との続柄 <small>（世帯主）</small>	生 年 月 日	備考
		対象者		

助成金申請額	①妊娠判定受診に要した費用	申請額
	円	①と10,000円とを比較していずれか少ない方の額 円

金融機関	銀行 農協	本店 支店	1 普通 2 当座
口座番号			
口座名義	カタカナで記入		

必要書類

- ・医療機関等に妊娠判定受診料を支払った事実及びその額を証明できる書類（原本提出）
- ・振込先の金融機関の口座名義、口座番号を確認できるもの
- ・河南町での課税状況の確認が困難な場合は、世帯全員の課税状況を記載した証明書の提出が必要