

台東区初回産科受診料助成金申請書兼請求書

台東区長 殿

初回産科受診料助成金を申請します。助成金は下記の口座に振り込んでください。なお、申請に当たり下記の事項に同意します。

- ・交付決定に係る審査のため、課税台帳並びに住民基本台帳等を閲覧すること及び受診した医療機関等に問い合わせること。
- ・妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と台東区が、必要に応じて、支援に必要な情報(妊婦健診の未受診・家庭の状況等を含む。)を共有すること。

申請者兼請求者			
フリガナ			生年月日
氏名			年 月 日
住所	〒 _____ - _____ 台東区		
電話番号	出産年月日 (出産前は予定日)		年 月 日
	※妊娠が確定された方のみ記載		

助成申請額				
申請者記入欄		区記入欄		
初回産科受診日	申請額	助成対象として認定する額	助成限度額	助成額
年 月 日	円	円	10,000 円	円

振込先									
金融機関名	銀行 信用金庫					本店 支店 出張所			
口座種別	普通	口座番号							右詰記入
フリガナ									
口座名義									
※ 口座名義人が、申請者以外の場合は下記の委任状に記入が必要となります。 <div style="text-align: center;">委 任 状</div> 私は、上記の口座名義人に台東区初回産科受診料助成金の受領について委任します。 <div style="text-align: right;">年 月 日 (申請者)</div>									

<事務処理欄>

住民日	年 月 日	窓口 / 郵送	
転出日	年 月 日	受付者	

収受印