

初回産科受診料償還払申請書

令和 年 月 日

南大隅町長 様

《申請者》 住 所: _____

氏 名: _____

電話番号: _____

低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第5条第1項に基づき、受診料の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

対象者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏 名			生年月日
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要 南大隅町		
受診日		令和 年 月 日		
支払額	A	円		
上限額	B	10,000円		
申請額	A,Bの低い方の額	円		
1. 本事業に必要な情報を医療機関に提供すること及び受診医療機関から南大隅町に受診結果等の情報提供をすることに同意します。 2. 本事業利用の審査のため、世帯全員の町民税課税状況及び住民基本台帳についての公簿等を閲覧することに同意します。 3. 南大隅町より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けることに同意します。 令和 年 月 日 対象者自署 _____				

【添付書類】・医療機関が発行した初回産科受診に要した費用の領収書(原本)

・初回産科受診結果報告書(様式第4号)

【町記入欄】

世帯構成	氏名	続柄	生年月日	課税状況
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
妊娠届出状況 済・未				
本人確認書類(□免許証 □他()) 確認者()				