

初回産科受診料支給申請書兼請求書

安芸高田市長 様

妊婦名 _____
 住 所 安芸高田市 _____ 町 _____
 電話番号 _____
 受診者との続柄 (_____)

次のとおり、初回産科受診料の支給について、領収書及び診療明細書と住民税非課税世帯又は同等の所得水準であることを証明する書類を添えて請求します。

請求金額 _____ 円

受診者	妊婦名	
	住 所	安芸高田市 _____ 町 _____
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
受診医療機関	名 称	
	所在地	

【振込先金融機関】

振込先金融機関	農協 信金 信連 信組 銀行 労金								店(所)
預 金 種 目	1 普通 2 当座 (どちらかに○印を付けてください)	口座番号							
振込口座名義	(フリガナ) 氏 名								

※振込口座名義は、妊婦の方の氏名をお書きください。

初回産科受診料の支給を受けるにあたり、必要な世帯情報や税情報等を確認することに同意します。また、受診医療機関が把握した状況（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況等）を、市が必要な相談支援等で情報を活用することに同意します。

妊婦氏名 _____