

初回産科受診料支援事業補助金交付申請書

(宛先) 沼田市長

申請者 住所

氏名  
電話番号  
受診者との関係 ( )

初回産科受診料支援事業補助金の交付を申請します。

なお、補助金の交付申請をするにあたり、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について調査を行うことに同意します。また、妊婦健診の受診医療機関や関係機関と沼田市が、必要に応じて、支援に必要な情報（家庭の状況等を含む）を共有することにもあわせて同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日		年 月 日 ( 月 歳)	
住 所		〒			
世帯構成員 の状況		氏 名	受診者との 続柄	1月1日時点の住所が異なる方は、 1月1日時点の住所	
助成申請額		受診日	自己負担額（領収書の額） (A)	助成限度額 (B)	申 請 額 (A)と(B)で いずれか少ない額
		年 月 日	円	10,000円	円
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 本所 支所 出張所	支店コード	
	フリガナ 口座名義	口座番号		種別	普通 当座

申請は医療機関受診日から6か月以内に限り、また、年度内に申請してください。

添付書類

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関名等が記載されたもの）
2. 金融機関の口座がわかるもの
3. 住民登録が1月1日時点で沼田市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

※受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

委任状	
私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 受診者との関係 ( )
年 月 日	受診者氏名 _____