

羽曳野市初回産科受診料助成申請書

令和 年 月 日

羽曳野市長 様

申請者 住所
氏名 印
続柄 電話

羽曳野市初回産科受診料支援実施要綱に基づく助成について申請します。

受診者	住所	羽曳野市		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
世帯構成 員の状況	氏名	1月1日時点で住所が異なる場合は、同日の住所		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 支店			
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	口座名義人		(カタカナで記入)	

【同意】

上記世帯員は、自己の課税情報を羽曳野市が申請者の助成要件の該当性を審査するため閲覧することに同意するときは、下記の書面欄に署名してください。

世帯員署名欄

※以下は、記入しないで下さい。

産科受診日	健診額
年 月 日	円
助成決定額(上限 10,000円)	円

受付番号	
受付日	年 月 日
受付担当者	