加賀市初回産科受診料助成金支給申請書

	年	月	日
(あて先) 加賀市長			
申請者			
住所加賀市			
氏 名			
続柄()		
TEL —	_		

下記のとおり、初回産科受診料について領収書(原本)を添えて申請します。

また、受診者の属する世帯構成員の市民税課税状況について貴市が調査すること及び医療機関等の関係機関と貴市が支援に必要な情報を共有することに同意します。

記

受診者氏名									
生年月日 (年齢)		年	月	日 (歳)				
住所	〒922- 加賀市								
受診日		年	月	日					
受診理由 ※該当欄に○印または ()内に内容を記入	(月経が 2. 一般用)	1. 妊娠の兆候があるため (月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応が出たため 3. その他(
受診結果	妊娠(週)・不明・	その他()				
受診医療機関									

振込先

支払機関名			預金種別				口座番号							
銀行			支店	普通 (総合)・当座・その他 ()										
農協		店番		カナ(必ず記入)										
信金				口座名義人名										