

第 1 号様式（第 4 条関係）

志木市低所得妊婦初回産科受診料補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

志 木 市 長 様

申 請 者 住 所
氏 名
連絡先

志木市低所得妊婦初回産科受診料補助金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、必要書類を添えて下記のとおり補助金の交付を申請します。
また、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳の公簿による確認や指定医療機関に照会することに同意します。

記

申請金額 金 _____ 円

フリガナ	
申 請 者 (受診した人)	
生 年 月 日	年 月 日生
受診医療機関名	
受 診 日	年 月 日
受 診 費 用	円

(振込金融機関)

金融機関の名称	銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店
預 金 の 種 類	1 普通 2 当座	口座番号
口座名義人 (カタカナ記入)		

(注1) この申請書に次の書類を添付してください。

- 1 受診医療機関及び受診費用が確認できる領収書及び明細書の写し
- 2 振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー

(注2) 申請は、受診日から起算して1年以内に行ってください。

.....

【市処理欄】

受理年月日	年 月 日
添付資料	☐ 領収書、明細書の写し
	☐ 通帳又はキャッシュカードのコピー
	☐ 住民登録が、1月1日時点で志木市以外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書
審査結果	承認 ・ 不承認