

薩摩川内市長 様

初回産科受診費用助成金交付申請書

薩摩川内市低所得妊婦初回産科受診費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		対象者との関係
	氏名		
	住所	〒 薩摩川内市	電話番号
対象者	フリガナ		生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日
	住所	〒 薩摩川内市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
受診状況	医療機関名		助成金交付決定額 ※記入不要です
	受診日	年 月 日	

注意事項

申請者の欄について、対象者が未成年の場合、親権者等（法定代理人）が自署してください。

添付書類

- 1 妊娠判定検査に要した費用の領収書・明細書の写し
- 2 該当の方のみ

申請者及びその世帯に属する全ての者の当該年度の市町村民税の課税状況を証する書類