

西条市妊娠判定受診料補助金交付申請書

西条市長

殿

申請者住所

氏名

㊟

電話番号

受診者との関係（

）

西条市妊娠判定受診料補助金交付要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

補助金の交付申請をするに当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。

必要に応じて医療機関等と情報連携をすることに同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）		
住 所	〒				
世帯構成員 の状況	氏 名	受診者との 続柄	市民税賦課期日である 1月1日時点の住所		
補助申請額	受診日		判定に要した額 (A)	補助限度額 (B)	申請額 (A)と(B)で いずれか少ない額
	年 月 日		円	10,000円	円

申請は、医療機関受診日から6か月以内に限りします。

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（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）
- 2 金融機関の口座が分かる書類の写し
- 3 課税状況を記載した証明書（住民登録が市民税の賦課期日である1月1日時点で西条市以外にある場合に限る。）

※受診者以外の方が申請、請求等の手続を行う場合及び振込先の口座名義を受診者本人以外の方とする場合は、別紙委任状に記入と押印が必要です。

委 任 状

私は、西条市妊娠判定受診料補助金交付に係る申請、請求等の手続及び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 _____ ㊟