**木島平村初回産科受診料補助金交付申請書**

年　　月　　日

木島平村長　様

木島平村低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、本申請にあたり、私の世帯の課税状況及び住民基本台帳の記録状況を確認すること、妊婦健康診査を受託する医療機関等の関係機関と村が、支援に必要な情報を共有することについて、同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | （フリガナ）氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 木島平村大字　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 実施医療機関の名称 |  |
| 受診日 | 年　　　月　　　日 |
| 健康診査費用a | 交付限度額b | 申請額(aとｂを比較した低い額) |
| 円 | １０，０００円 | 　円 |

＊申請は受診日から３か月以内、または健診を受けた年度の３月３１日のいずれか早い日

までに限る。

【添付書類】

（１）初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書及び診療明細書の写し

（２）木島平村で世帯の課税状況が確認できない場合は、課税状況が確認できる書類

（３）その他村長が必要と認める書類