

南九州市長 様

産科受診等支援に係る償還払い申請書兼請求書

南九州市産科受診等支援に係る償還払い実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり、申請及び請求します。

記

1 同意事項

私は、初回産科受診費用の償還払いの申請に当たり、次に掲げる各事項に同意します。

- 南九州市産科受診等支援に係る償還払い実施要綱第2条に規定する償還払いの対象者に該当し、申請内容に虚偽がないことを誓約します。
- 所得判定のため、世帯の課税状況を確認すること及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。
- 妊婦健診の受診医療機関と市が必要に応じて、支援に必要な情報（妊婦健診の受診状況や、家庭の状況等を含む）を共有することに同意します。

ふりがな 受診者氏名	⑩	生年 月 日	年 月 日		
受診者住所	【電話番号】				
健康診査種別	健診受診日	申請額	受診日 チェック	決定額	
初回産科受診	年 月 日	円		円	
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		フリガナ	
上記受診料に係る償還払いの受領に関することを以下の者に委任します。					
受任者 住所 氏名			受診者との続柄		

処理欄(下枠内は記入不要)

決 定 年 月 日	年 月 日	支給決定額	円
--------------	-------	-------	---

◎ 申請上の注意

1 添付書類

(1) 産科受診に要した費用の領収書の写し

(2) 産科受診の結果のわかるものの写し

2 償還払いは、1年度に2回まで受けられます