

第1号様式（第4条関係）

西郷村低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

西郷村長 様

請 求 額	円
-------	---

年 月 日に受診した初回産科受診費用の助成を申請します。

年 月 日

(請求者)

住 所

氏 名

印

(対象者との続柄 )

(対象者)

住 所

氏 名

【添付書類】

- 産科受診した先の医療機関が発行した領収書
- 診療明細

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫	支店
預金種別	1 普通 2 当座 (該当する方を○で囲んでください。)	
フリガナ		
口座名義		
口座番号		

(注意事項)

- ① 添付書類を必ず確認してください。
- ② 振込先の口座名義は、請求者と同じ名義に限ります。
- ③ 訂正されるときは、訂正印を押印してください。(金額の訂正不可)
- ④ 申請は産科受診日から3カ月以内に限る。

第2様式（第5条関係）