

様式第1号(第4条関係)

愛南町妊産婦健診通院費助成申請書

年 月 日

愛南町長 様

住所  
氏名  
電話番号

㊞

愛南町妊産婦健診通院費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1	住所						
2	氏名						
3	電話番号						
4	生年月日	年	月	日			
5	対象医療施設名						
6	助成区分	内訳			助成額		
	(1)妊婦健診	回 × 1,500 円			円		
	(2)産後健診	回 × 1,500 円			円		
助成額合計					円		
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協			支店 支所 出張所		
	預金種別	当座・普通	口座番号				
	(フリガナ) 口座名義人	-----					

添付書類

- (1) 妊婦一般健康診査及び産婦健康診査を受診した日が分かる母子手帳の写し
- (2) 未使用の妊産婦健康診査受診票
- (3) 町税等の滞納がない旨の申出書(様式第2号)

様式第2号(第4条関係)

町税等の滞納がない旨の申出書

年 月 日

愛南町長 様

住所

氏名

印

愛南町妊産婦健診通院費助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり愛南町に対し町税等の滞納がない旨を申し出ます。なお、担当部署において納税等の状況について調査することに同意します。

-----以下愛南町記入欄-----

担当部署名	費目	担当部署記入欄	確認印
税務課	町民税	有 無	
	固定資産税	有 無	
	国民健康保険税	有 無	
	介護保険料	有 無	
	後期高齢者医療保険税	有 無	
	軽自動車税	有 無	
保健福祉課	保育料	有 無	
環境衛生課	下水道料	有 無	
	町営浄化槽使用料	有 無	
水道課	水道料	有 無	
学校教育課	給食費	有 無	

備考

調査の対象は、補助等の対象となる者及びその世帯員全員とする。団体として申請する場合は、団体の構成員で補助等の対象となるもの及びその世帯員全員とする。