

年 月 日

近江八幡市長 宛

近江八幡市妊娠判定受診費用助成金交付要綱第5条に基づき関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付の決定に当たり、近江八幡市が近江八幡市妊娠判定受診費用助成金交付要綱第2条第2号に基づく事務手続きを処理するために限って、申請者及びその属する世帯の 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

また、近江八幡市が関係機関と、必要に応じて、支援に必要な情報について共有することに同意します。

〒

申請者 住所 近江八幡市
 氏名 (署名又は記名押印)
 電話番号
 個人番号
 受診者との関係

フリガナ 受診者氏名			生年月日	年 月 日	
受診日時点の住所・電話 (申請者欄と同じ場合は、 不要)	〒		市	町	電話 ()
世帯構成員の状況 課税状況取得に同意 する場合は同意欄に <input checked="" type="checkbox"/> をすること	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	同意	個人番号
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
助成申請額	円				

※ 妊娠判定を受けた日が属する年度内に申請すること。

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行	本店 支店 出張所	フリガナ 口座名義			
種別	普通 ・ 当座	口座番号				

添付書類

- 1 助成対象受診項目の受診に係る医療機関が発行する領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日及び医療機関名が記載されたもの）
- 2 助成金の振込先の通帳の写し
- 3 住民登録が1月1日時点で近江八幡市以外にある場合は、課税状況を記載した証明書（個人番号の記入で省略可）

※ 受診者以外の方が申請する場合又は口座名義を申請者以外の方とする場合は、委任状（任意様式）が必要です。