

様式第1号（第5条関係）

幸田町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）幸田町長

申請者（支援対象者）

住所	
フリガナ	
氏名	⑩
生年月日	
電話番号	

幸田町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 支援者対象者の属する世帯の構成員の状況

氏名	支援対象者との続柄	1月1日現在の住所 (支援対象者の住所と異なる場合のみ)
支援対象者	本人	

2 助成申請額

妊娠判定	受診日	産科受診料（A）	限度額（B）	申請額
1回目		円	10,000円	円
2回目		円	10,000円	円
合計				円

※ 「申請額」には、AとBのいずれか少ない額を記載してください。

3 添付書類