

様式第1号（第6条関係）

第 号  
年 月 日

（宛先）春日市長

申請者 住所  
氏名  
電話番号（ ） ー

春日市妊娠判定受診料助成金交付申請書兼請求書

春日市妊娠判定受診料助成金の交付を受けたいので、春日市妊娠判定受診料助成金交付要綱第6条第1項の規定により下記のとおり申請します。

また、春日市が助成金の交付決定に係る審査のため必要な範囲において地方税関係情報を確認することについて同意します。

記

1 対象者

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

2 助成金交付申請額

※太枠は市で記入します。

領収書日付	受診費用	助成対象費用	上限額	申請額
年 月 日	円	円	10,000円	円
合 計				円

3 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関コード		店番		本店 支店 所
種目（番号を○で囲んでください。）		口座番号（右詰めで記入してください。）		
普通 当座 その他（ ）				
口座名義人	(フリガナ)			

4 添付書類

受診した医療機関が発行した妊娠判定の受診に係る領収書（検査の額が分かる診療明細書等を含む。）又はその写し

【本人確認】

マイナンバーカード 運転免許証 その他

【対象者確認】

非課税世帯 生活保護世帯 その他