

様式第1号 (第5条関係)

草津市妊娠判定費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

草津市長 あて

申請者

〒

住 所

氏 名

印

電話番号

個人番号

受診者との関係

草津市妊娠判定費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり妊娠判定費用の助成を申請し、請求します。

また、草津市が受診医療機関等の関係機関と支援のために必要となる情報を共有することに同意します。

記

フリガナ 受診者氏名		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者		
受診者住所	〒			
受診者生年月日	年 月 日生 (満 歳)			
世帯構成員の状況	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	個人番号
助成申請額	円			
助成金振込口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 店 支店 出張所		
	預金種別	普通 ・ 当座		
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義			

税務関係資料閲覧承諾書

草津市妊娠判定費用助成金交付申請のために、草津市が受診者及びその属する世帯の税務関係資料を閲覧することを承諾します。

住 所 草津市

氏 名

