

妊婦歯科健康診査受診費用助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 津市長

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電話番号

妊婦歯科健康診査受診費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
受診医療機関名			受診日	令和 年 月 日
健診費用の額		円	請求額	円
同意書				
私は、次の事項に同意します。				
1 助成金の交付要件に該当しているかどうかについて、津市が住民基本台帳により確認すること、又は必要な個人情報収集すること。				
2 偽りその他不正な手段等により、助成金の交付を受けたときは、助成金に相当する額の全部又は一部を返還すること。				
申請者氏名 ⑩				

振込先口座	金融機関名		支店名		預金種別
					普通・当座
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人		

申請者以外の者が助成金を受領する場合は、申請者は下欄の委任状に署名及び押印をしてください。

委任状	
私は、上記口座名義人に妊婦歯科健康診査受診費用の助成金の受給に係る権利を委任します。	
申請者氏名 ⑩	

- (注意)
- 1 健診を受けたことを証する書類（協力医療機関の名称、健診医の氏名、健診日及び健診に要した費用の額が明記されているもの）を添付してください。
 - 2 申請者の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます（委任状の申請者氏名を除きます。）。

「妊婦歯科健康診査受診費用助成申請書」 記入例

妊婦歯科健康診査受診費用助成申請書

(宛先) 津市長

令和 年 月 日
提出日あるいは郵送日をご記入ください

住所 受診者(妊婦)の住所

申請者氏名 受診者(妊婦)の氏名 印

電話番号 受診者(妊婦)の電話番号

妊婦歯科健康診査受診費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	住所			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
受診医療機関名		受診日	令和 年 月 日	
健診費用の額	健診にかかった費用(自費診療分)の全額 円	請求額		円

同意書

私は、次の事項に同意します。

1 助成金の交付要件に該当しているかどうかについて、津市が住民基本台帳により確認すること、又は必要な個人情報を収集すること。

2 偽りその他不正な手段等により、助成金の交付を受けたときは、助成金に相当する額の全部又は一部を返還すること。

申請者氏名 印

振込先口座	金融機関名		支店名		預金種別
					普通・当座
	口座番号		フリガナ		
			口座名義人		

申請者以外の者が助成金を受領する場合は、申請者は下欄の委任状に署名及び押印をしてください。

委任状

私は、上記口座名義人に妊婦歯科健康診査受診費用の助成金の受給に係る利を委任します。

申請者氏名 印

(注意)

1 健診を受けたことを証する書類(協力医療機関の名称、健診者の氏名、健診日及び健診に要した費用の額が明記されているもの)を添付してください。

2 申請者の氏名を自署する場合は、押印を省略することになります(委任状の申請者氏名を除きます)。

受診者(妊婦)の氏名をご記入ください。

※自署の場合は押印の省略可。代理人が記入する場合は、押印(スタンプタイプの印鑑は不可)が必要です。

※修正箇所がある場合は、自署であっても申請者欄、訂正箇所に押印が必要です。

健診にかかる費用のみを記入してください。健康診査費用の額、請求額がご不明な場合は、空欄のままご提出ください。

提出いただいた領収書、明細書を、妊婦歯科健康診査項目に基づいて精査します。

※自署の場合は押印の省略可。代理人が記入する場合は、押印(スタンプタイプの印鑑は不可)が必要です。

申請者の口座をご記入ください。

※振込先を確認できるもの(通帳、キャッシュカード等)の写しを添付してください。

アプリ等の場合は、申請の際口座情報の画面を提示してください。

※振込先口座の名義変更がされていない場合、氏名変更が確認できる書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証の表裏両面等)を添付してください。

申請者と口座名義人が異なる場合はご記入、**押印**(スタンプタイプの印鑑は不可)ください。
※申請者と口座名義人が同一の場合は記入不要です。

R7年4月