

別記様式第1号（第5条関係）

鷹栖町妊婦歯科検診受診費用助成申請書

年 月 日

鷹栖町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり妊婦歯科検診受診費用の助成の申請をします。

申請者 (歯科検診を受診された方)	住 所	鷹栖町					
	氏 名	ⓐ					
	電話番号						
申 請 額	円						
妊婦歯科検診を 受診された方	ふ り が な 氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)					
	受 診 年 月 日	年 月 日					
	医 療 機 関 名						
振込先金融機関	銀行・農協・信用金庫 店						
	口座の種類/番号	普通・当座					
	ふ り が な 口 座 名 義 人	(姓)	(名)				

同意書	
私は、鷹栖町妊婦歯科検診受診費用助成金の交付要件の確認のため、鷹栖町長が住民基本台帳を閲覧及び調査することに同意します。	
年 月 日	申請者氏名 ⓐ

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は申請者名義の口座としてください。

<申請に必要なもの>

- 1 鷹栖町妊婦歯科検診受診費用助成申請書（様式第1号）
- 2 受診医療機関の領収書の原本（領収書は返却しません）
- 3 母子健康手帳（妊婦歯科検診所見欄に所見のあるもの）
- 4 印鑑（申請書に押印したもの）
- 5 町税等納付状況調査同意書（鷹栖町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置に関する条例施行規則別記様式第1号）

※鷹栖町記入欄

処理欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日	
	受 給 者 番 号			
	課長	補佐・主幹	係長・主査	係

