

初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

一関市長 様

初回産科受診料助成事業実施要綱に基づき関係書類を添えて申請します。

フリガナ			生年月日	昭和・平成						
受診者氏名				年 月 日 (歳)						
住所	〒 一関市									
	電話番号 ()									
世帯構成員の状況 (別世帯の配偶者を含む)	氏名	受診者との続柄	1月1日時点の住所が異なる方は 1月1日時点の住所							
助成申請額	受診日	①助成対象額 (領収書の金額)	②助成限度額	申請額 (①と②でいずれか少ない額)						
	令和 年 月 日	円	10,000 円	円						
医療機関	住所 〒 一関市									
	病院名									
	電話番号 ()									
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店・支所名	本店・支店 支所・出張所						
	フリガナ		分類	普通・当座	口座番号 (7ケタ)					
	口座名義									
同意欄	<p>助成金の申請をするにあたり、 ①産婦人科医療機関を含む関係機関及び市が、支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診の情報、家庭に関する情報等を含む）を共有すること ②市が、申請者及び申請者の属する世帯員等の住民登録及び課税状況について確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (自署) _____</p>									

◆添付書類

- 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本（受診者氏名、受診年月日、医療機関名が記載されたもの）
- 振込先金融機関の通帳またはキャッシュカード
- 受診者および世帯構成員（別世帯の配偶者含む）の住民登録が申請年の1月1日時点で一関市以外の場合、住民登録していた自治体からの所得課税証明書

市記入欄	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	()
------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----