

記載例

第1号様式（第5条関係）

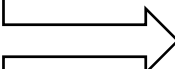

焼津市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 焼津市長


提出日
を記入

年 月 日

焼津市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金の交付を受けたいので、焼津市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住所	
	(ふりがな) 氏名	印鑑必須 (シャチハタ不可)  印
	電話番号	
受診医療機関		
初回産科受診日	年	月 日
出産予定日	年	月 日
請求金額		円  請求金額は記入しないでください

焼津市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金の交付が決定された場合には、次の口座に振り込んでください。

口座振込金融機関	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店名	本店 本所 支店 支所 出張所
	口座の種類	普通・当座	口座番号 (左詰め記入)
	フリガナ			
	口座名義人	妊婦名義の通帳を書いてください 		

焼津市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金の申請に当たり、次の事項に同意します。

- 1 私及び私と同一の世帯に属する世帯員の___年度分市町村民税課税資料及び生活保護の受給状況を、資格確認のために職員が閲覧すること。（世帯員全員が次の表の氏名欄に自署して下さい。）
- 2 妊婦健康診査を実施する医療機関等を含む関係機関と市とが、支援に必要な情報を共有すること。

必ず自署してください。代筆不可

同居親族	続柄	氏名(自署)	生年月日	年齢	職業	備考
	本人		年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			

原本→申請済み印
 コピー→原本証明印
 押してください

添付書類

- 1 初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書及び明細書
- 2 住民税非課税世帯又は生活保護世帯であることが確認できる書類
 (市で世帯の課税状況が確認できない場合に限る)
- 3 振込先口座のわかる書類(通帳やキャッシュカード等)

氏名が自署であれば、その他は代筆で構いません。
 世帯員全員の氏名がない場合は再提出となります。
 生年月日は和暦、西暦どちらも可です

記載口座の
 ①金融機関名
 ②支店名
 ③口座の種類
 ④口座番号
 ⑤名義の漢字、フリガナが合っているか、確認をお願いします

住民税非課税世帯：課税証明書
 生活保護：生活保護証明書
 ※どちらもなければこちらで確認するので不要です