

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

年 月 日

（宛先）焼津市長

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
	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	

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			

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実施状況を、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。

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			

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 世帯全員の住民税課税証明書等住民税非課税世帯であることが確認できる書類（生活保護世帯である場合を除き、市長が世帯の課税状況が確認できない場合に限る。）