

(表)

低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

※空欄のままお持ちください。

年 月 日

袋井市長

袋井市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、市長が袋井市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要綱第6条の規定により、助成金の交付を決定したときは、次のとおり助成金を請求します。

1 申請内容

申請者 (妊婦)	(ふりがな) 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所	〒				
	電 話 番 号					
世帯構成員 の 状 況	氏 名	申請者との 続 柄	住 所 (1月1日時点の住所が異なる方は1月1日時点の住所)			
受診医療機関	所在地	名称		連絡先		
申 請 額	受診年月日	自己負担額 (医療保険外) (A)	助成限度額 (B)	申 請 額 (A)と(B) で少ない額		
	年 月 日	円	10,000円	円		
口座振込先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協 労働金庫				本店 支店 支所
	口座種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人 (申請者と同一)					

※空欄のままお持ちください

(裏)

2 税情報確認、情報提供等に関する同意事項 (注) □内にレ点を記入してください。

私は、初回産科受診料助成金の申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。

(1) 所得判定のため、市が住民登録、申請者の属する世帯の課税状況及び他市町村からの同様の助成金の受給状況について調査すること。また、当該調査により確認できない場合は、市が求める必要書類等を提出すること。

(2) 受診医療機関等の関係機関と市が必要に応じて、当該者に対する支援に必要な情報を共有すること。

年 月 日 署名

申請者氏名と異なる名義の口座への振り込みを希望される場合は、下欄に記入してください。

委任状

私は、口座名義人に初回産科受診料助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

年 月 日 申請者氏名 (続柄 )

3 添付書類

(1) 産科医療機関が発行する初回産科受診に要した費用に係る領収書及び明細書 (氏名、診療年月日、医療機関名等が記載されたもの)

(2) 金融機関の口座が分かるもの

(3) 1月1日時点で袋井市に住民登録がされていない場合は、世帯全員の課税証明書

(4) その他市長が必要と認める書類