

様式第 1 号（第 5 条関係）

御前崎市初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

御前崎市長 様

住 所
申 請 者 氏 名 (署名又は記名押印)
電話番号

次のとおり、初回産科受診料の助成を申請します。

受 給 者	妊 婦 氏 名	
	住 所	御前崎市
	生 年 月 日	年 月 日
	受 診 日	年 月 日
	医療機関名	
	自己負担額 (医療保険外)	円

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所
	預 金 種 別	普通 ・ 当座
	口 座 番 号	
	フリガナ	
	口座名義人	

添付書類

☐ 初回産科受診に要した費用に係る領収書（原本）

同意事項

- ☐ 私は、初回産科受診料助成申請に当たり次に掲げる各事項に同意します。
- （１）助成金交付審査のため、住民登録、申請者の属する世帯の課税状況及び他自治体からの同種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、支援に必要な情報を共有すること。

※ １～６月末までに申請する方は前年１月１日現在、７～１２月末までに申請する方は申請する年の１月１日現在において御前崎市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。