

様式第 1 号（第 4 関係）

令和 年 月 日

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 年 月 日（ 歳）									
受診者 氏 名															
住 所		〒 一													
		一関市													
		電話番号 （ ） 一													
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													
		病 院 名													
		電話番号 （ ） 一													
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		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。 申請者氏名（自署）													

◆添付書類

- 1.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）
- 2.振込先金融機関の通帳またはキャッシュカード
- 3.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	☐ 課税世帯	☐ 非課税世帯	☐ 生活保護世帯	（ ）
------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----