

様式第1号（第5条関係）

駒ヶ根市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業補助金交付申請書
 （兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長
 （子ども課）

申請者（受診者） 住 所
 氏 名 印
 電話番号

次のとおり関係書類を添えて申請します。

受診医療機関					
出産予定日		年 月 日			
産科受診日		年 月 日			
受診費用 （自己負担額）		円			
補助金申請額		（受診費用と10,000円のいずれか少ない額） 円			
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店・支所	
	口座種別	普通 ・ 当座			
	口座番号	（ゆうちょ銀行以外）	ゆうちょ 銀行	通帳番号	通帳記号 —
	フリガナ				
	口座名義人				
同意欄	<p>申請者（自署） _____ は、駒ヶ根市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業補助金の申請にあたり、次の事項に同意します。</p> <p>1 私及び世帯員の課税状況を、資格確認のため職員が閲覧すること。 （世帯員全員が記入（自署）。ただし18歳未満は収入のない方は除く。）</p> <p>(1) 世帯員氏名 _____</p> <p>(2) 世帯員氏名 _____</p> <p>(3) 世帯員氏名 _____</p> <p>(4) 世帯員氏名 _____</p> <p>2 妊婦健康診査を実施する医療機関等と駒ヶ根市が支援に必要な情報を共有すること。</p>				

添付資料

- 初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書及び診療明細書
- 妊娠したことが分かる書類（妊娠届出書）
- 駒ヶ根市で世帯の課税状況が確認できない場合は、課税状況が確認できる書類