

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

善通寺市長 様

善通寺市初回産科受診費用助成申請書兼請求書

善通寺市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

1 申請者

ふりがな		生年月日	
氏名			
住所			
電話番号			

2 初回産科受診結果・申請額等

医療機関受診日	年 月 日	医療機関名	
受診結果	<input type="checkbox"/> 妊娠している（週数 週）	予定日（確定している場合）	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 妊娠していない		
受診費用（A） 円	支給限度額（B） 10,000円	申請額（AとBのうち低い額） 円	

3 申請者と同一の世帯に属する者の氏名等 ※18歳以上の世帯員のみ

（住民基本台帳上は別世帯であっても、生計を同じくする方も記載してください。）

世帯構成員氏名	続柄	生年月日	備考
		年 月 日	

4 振込先 ※原則申請者の口座になります。

金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 ( )				支店名	本店(所) 支店(所) 出張所			
	金融機関コード					支店コード			
分類	1 普通	2 当座	口座番号						
フリガナ									
口座名義人									

(添付書類)

- (1) 初回の産科受診に要した費用の分かる領収書及び明細書の原本
- (2) 振込先が確認できる書類(通帳、キャッシュカード等)の写し
- (3) 所得課税証明書(1月1日時点において、住民登録が善通寺市以外にある場合)

(申請に伴う同意事項)

- (1) 住民基本台帳及び外国人登録台帳を閲覧すること、また所得判定のため、課税状況を確認することに同意します。
- (2) 必要に応じて受診医療機関に受診状況等を確認することに同意します。

年 月 日

署名 \_\_\_\_\_