

射水市低所得者の妊婦に対する妊娠判定受診料助成金交付申請書

年 月 日

射水市長 あて

射水市低所得者の妊婦に対する妊娠判定受診料助成金交付要綱第4条に基づき関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付申請をするにあたり、次の事項について同意します。

- ① 住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について調査を行うこと
- ② 産前産後に必要な支援を継続するため、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市が医療機関の受診結果や家庭状況について情報を共有すること

1 受診者（申請者）

フリガナ			生年月日	
受診者氏名				
住 所	〒 ー 射水市			
電話番号	()			
世帯構成員 の状況	氏 名	受診者との 関係	申請日の属する年度の前年度の1月1日時点の住所が異なる方は、その時点の住所	

2 助成申請額

受診日	受診料（領収書の額） (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか少ない額
年 月 日		10,000 円	円

3 振込先

金融機関名				支店名				預金種別	
								普通・当座	
銀行コード				支店コード					
口座番号（左詰で記入）				口座名義 ※カタカナで記入					

※申請は産科医療機関受診日から3か月以内に限りします。

※裏面あり

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

<p>※委任状</p> <p>私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>

5 提出書類

- (1) 妊娠判定のための初回受診費用の領収書及び明細書の原本
- (2) 振込先が確認できる通帳又はキャッシュカードのコピー
- (3) 妊娠が確認できる妊娠届出書又は母子健康手帳のコピー
- (4) ※生活保護を受給している場合は、生活保護受給証明書の写し
- (5) ※住民登録が申請日の属する年度の前年度の 1 月 1 日時点で射水市以外にある場合、住民税非課税世帯であることを確認できる書類
(※は、該当者のみ)

※市 確 認 欄	課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
	決定年月日	年 月 日
	決定	承認 ・ 不承認