

(第4条関係)

令和 年 月 日

野々市市長 宛

野々市市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業申請書

野々市市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第4条第1項の規定により、初回産科受診料の助成を受けたいので関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者 氏名
住所
対象者との関係 (続柄)
電話番号
(日中連絡先)

対象者 (申請者と異なる場合)	住所	野々市市						
	氏名							
	電話番号 (日中連絡先)							
初回産科受診日	年	月	日	受診医療機関名				
申請額				円				
振込先	金融機関名				本・支店名	本店 支店		
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号					
	口座名義 (申請者と同一)	フリガナ						
(同意欄) (□に✓を入れ、日付と署名欄を記入してください。)								
野々市市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業の申請にあたり、次の事項に同意します。								
<input type="checkbox"/> 所得判定のため、対象者の属する世帯の住民税の課税状況を調査すること。								
<input type="checkbox"/> 受診医療機関等の関係機関と市が支援に必要な情報を確認・共有すること。								
令和 年 月 日 申請者署名								

【添付書類】

- 医療機関が発行した妊娠判定に要した受診費用の領収書及び明細書 (氏名、診療年月日、医療機関名、検査項目等が記載されたもの) の原本 (コピー不可)
- 振込先の金融機関 (銀行) 名、本支店名、口座番号、口座名義人の分かるもの (通帳やキャッシュカード等)
- 本人確認のできる身分証明書 (申請者と対象者が異なる場合は両方) のコピー (窓口で提示する場合は不要)
- 住民登録が1月1日時点で野々市市以外にある場合は、課税状況を記載した証明書

(市記入欄)

受付印	受付者

住基	税状況	入力	支払		