

(第4条関係)

書き方見本

●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。

<p>(本人以外で考えられる例) 配偶者や未成年の場合の保護者 (父母等) その場合は対象者欄を記入</p>	申請者 氏名	野々市 花子
	住所	野々市市三納1丁目1番地
	対象者との関係(続柄)	本人
	電話番号	080-1234-5678

(日中連絡先)

日中連絡のつく電話番号を記入

対象者 (申請者と異なる場合)	住所	野々市市								
	氏名	野々市市 花子								
	電話番号(日中連絡先)	080-1234-5678								
初回産科受診日	●年 ■月 ▲日	受診医療機関	▲●産婦人科クリニック							
申請額		5,500					円			
申請者の振込口座を記入	金融機関名	野々市銀行			本・支店名	●▲	本店 支店			
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
振込先	口座名義	フリガナ //イチ ハナコ 野々市 花子								
	(申請者と同一)	野々市 花子								

(同意欄) (口に✓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。

- 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。
- 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。

●年 ●月 ●日 申請者署名 野々市 花子

同意しない場合は、申請できません。

【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		