

(第5条関係)

海南市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

海南市長 様

海南市低所得妊婦に対する初回産科受診料の助成に関する要綱第5条の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

申請者 (助成対象者)	フリガナ 氏 名			生年月日 年 月 日 (歳)
	住 所			電話番号
	妊娠検査薬 での確認	<input type="checkbox"/> 陽性を確認した		<input type="checkbox"/> 陽性を確認していない
	受診日	年 月 日		
	受診費用	円		
	申請金額	円 (上限 10,000 円)		
世帯 構 成 員	氏 名	続 柄	生 年 月 日	備 考
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

税情報確認、情報提供等に関する各事項に同意します (□に✓を入れてください。)

本申請の審査のため、市民税課税状況及び住民基本台帳の閲覧等事務処理に必要な情報を調査すること。ただし、当該調査により確認できない場合は、市が求める必要書類を提出すること

上記調査を行うことについて、世帯全員から承諾を得ていること

必要に応じて受診医療機関等の関係機関と市が、支援に必要な情報を共有すること

振 込 先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
	預金種別	普通 ・ 当 座 ・ その他 ()	
	口座番号		
	フリガナ 口座名義		

※振込先の口座名義と申請者は必ず一致させてください。
※申請は、医療機関を受診した日から1年以内に行ってください。

【添付書類】

産科医療機関受診時の領収書及び明細書の原本