

様式第1号（第5条関係）

初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

磐田市長

申請（請求）者 住 所  
氏 名  
電話番号  
受診者との関係（ ）

次のとおり関係書類を添えて申請します。

|               |                   |                     |   |                     |       |    |
|---------------|-------------------|---------------------|---|---------------------|-------|----|
| 受診者           | (ふりがな)<br>氏 名     |                     |   | 生年月日                | 年 月 日 |    |
|               | 住 所               | 〒                   |   |                     |       |    |
|               | 電話番号              |                     |   |                     |       |    |
| 世帯構成員<br>の状況  | 氏 名               | 受診者との<br>続柄         | 1月1日時点の住所が異なる方は1月1日時点の住所<br>※1月から6月末に申請する場合はその前年の1月1日時点 |                     |       |    |
|               |                   |                     |   |                     |       |    |
|               |                   |                     |   |                     |       |    |
|               |                   |                     |   |                     |       |    |
| 受診医療機関        | 所在地               | 名称                  |   | 連絡先                 |       |    |
|               |                   |                     |   |                     |       |    |
| 申 請 額         | 受診年月日             | 自己負担額（医療保険外）<br>(A) | 助成限度額<br>(B)  | 申請額<br>(A)と(B)で少ない額 |       |    |
|               | 年 月 日             | 円                   | 10,000円   | 円                   |       |    |
| 口座<br>振込<br>先 | 金融機関名             | 銀行・信用金庫<br>農協・労働金庫  |   |                     |       | 支店 |
|               | 口座種別              | 普通・当座               | 口座番号  |                     |       |    |
|               | フリガナ              |                     |   |                     |       |    |
|               | 口座名義人<br>(申請者と同じ) |                     |   |                     |       |    |

添付資料

- 初回産科受診費用に係る実施機関が発行した領収書及び明細書
- 振込先の金融機関の口座がわかるもの
- 1月から6月末までに申請する方は前年の1月1日現在、7月から12月末までに申請する方は申請する年の1月1日現在において、磐田市に住民登録がない場合は、前の住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。
- その他市長が必要と認める書類

税情報確認、情報提供等に関する同意事項

|  |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> 私は、初回産科受診料助成申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。</p> <p>(1) 助成金交付審査のため、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況、他自治体からの同種の助成金の受給状況について調査すること。また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等を提出すること。</p> <p>(2) 受診医療機関等の関係機関と市が必要に応じて、支援に必要な情報を共有すること。</p> |
|--|