

様式第1号

呉市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

年 月 日

呉市長様

関係書類を添えて次の通り低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成を申請します。□

氏名		生年月日	
(フリガナ)			
申請者		年	月 日
住所	呉市	電話番号	
出産予定日 (わかる方)	年 月 日		
受診医療機関 名称			
住所			
電話番号			
領収金額計		申請額 (100円未満切捨て) 上限金額を超える場合は上限金額まで	
金額	円	金額	円

(注) 1 太枠の中を記入してください。

(申請に伴う同意事項)	
1 住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することについて閲覧することに同意します。	
2 必要に応じて受診医療機関等に、支援に必要な情報(受診状況や家庭の状況等)を共有することに同意します。	
署名日:	年 月 日
	署名

申請時添付書類

<input type="checkbox"/> 呉市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成請求書	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳又は妊娠がわかる書類
<input type="checkbox"/> 通帳等の写し(原則、申請者の口座) ※ゆうちょ銀行を希望された場合は、「振込用の店名・預金種別・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を添付	<input type="checkbox"/> 本人確認書類(運転免許証, マイナンバー等)
<input type="checkbox"/> 医療機関発行の領収書の写し	<input type="checkbox"/> 住民票登録が1月1日時点で呉市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

処理欄

決定年月(承認・不承認)	年 月 日	備考欄	受付印
受給者番号			
課税	<input type="checkbox"/> 住民税非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他( )		