

松江市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 松江市長

松江市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金について、次の事項に同意の上、申請及び請求します。

- 市が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することを同意します。
- 市、産科医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
氏名			連絡先	日中の連絡可能な電話番号	
現住所	(〒 -) 松江市				
世帯の状況	1. 生活保護世帯		2. 市町村民税非課税世帯		
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考
妊娠届出	届出日	令和 年 月 日	届出予定		
初回産科受診日	令和 年 月 日	市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日		令和 年 月 日	
初回産科受診医療機関					
申請額 (請求額)	㊦受診料(領収書の額)		㊧補助限度額		申請額 (㊦と㊧でいずれか少ない額)
	円		10,000円		円

【受取口座記入欄】※申請者(請求者)名義の振込先口座を指定してください。

金融機関名	銀行 信金 信組		支店名	本店 支店 出張所	
金融機関コード	店番				
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (右詰め)			
口座名義 (カタカナ)					

※ゆうちょ銀行を指定される場合は他金融機関からの振込用の店名・店番・預金種目・口座番号を記入してください。

(添付書類)

- 振込口座の分かるもの(通帳、キャッシュカード又はインターネットバンキングの画面の写し)
- 産科医療機関受診時の領収書・診療明細書の原本
- 妊娠が分かる書類(母子健康手帳の写し)
- 生活保護世帯…生活保護受給証明書
- 市町村民税非課税世帯…市町村民税の賦課期日において松江市外に住所登録があった場合は、住所登録をしていた自治体が発行する課税証明書