

様式第1号（第5条関係）

みよし市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

みよし市長 様

申請者 住 所  
(受診者)

氏 名

生年月日

電話番号

次のとおり初回産科受診をしたので、誓約・同意の上、関係書類を添えて申請します。

1 申請金額内訳

産科受診日	妊娠判定に要した額【A】	助成限度額【B】
年 月 日	円	10,000円
助成額【A,Bどちらか少ない額】		円

2 振込先 ※申請者が口座名義人のもの

振込先	銀行・農協 信用金庫		本店 支店						
	普通	口座番号							
	口座名義人（カタカナ）								

3 誓約・同意事項 ※次の事項を確認し、チェック欄に✓を入れてください。

<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認しています。
<input type="checkbox"/> 保健師又は助産師による面談を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/> 世帯の課税状況を確認することに同意します。
<input type="checkbox"/> 妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と市が情報共有することに同意します。

備考 次のものを添付して提出してください。ただし、証明事項を公簿等によって確認できる場合を除く。

- (1) 申請者の属する世帯の課税状況がわかる書類又は生活保護を受給していることを証明する書類
- (2) 妊娠判定を実施した医療機関が発行する領収書及び診療明細書
- (3) 妊娠届出書又は母子健康手帳の写し
- (4) 振込先口座を確認できる書類の写し