

初回産科受診料助成申請書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

下記のとおり、初回産科受診料の助成（償還払）を受けたいので、関係書類を添え申請します。

申請者 (受診者)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	
	電話番号		
初回産科受診日	年 月 日		
初回産科受診 医療機関名称			
初回産科受診 医療機関住所			
初回産科受診料	円（上限10,000円、妊婦健康診査費は含まない）		
経済状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>私は、申請にあたり、宍粟市が必要な支援を提供するため医療機関へ受診内容や家庭の状況等を共有することに同意します。また、市民税非課税世帯又は生活保護世帯であることについて、関係機関に照会することに同意します。なお、審査のための照会について、世帯全員から同意を得ています。</p>			
署名（利用希望者自書） _____			

【振込先】

振込先	金融機関名	銀行・信組 信金・農協	支店名	本店 支店 出張所
	口座番号		種別	普通・当座
先	ふりがな			
	口座名義人			

(申請者本人名義以外の口座への振込の場合)

初回産科受診料助成金の受領を上記口座名義人に委任します。

【申請者氏名】 _____ 印

【市役所使用欄】

- 初回産科受診料を支払ったことを証する医療機関の領収書（原本）
- 医療機関の診療明細書（検査内容のわかるもの）
※妊婦健康診査費は含まない。
- 初回産科受診料の交付者の場合、未使用の助成券
- 市民税非課税世帯に属することを証明する書類（世帯全員の所得証明書等）
※照会することに同意し、市民税の賦課基準日に市内に住所があった場合は添付不要
- 振込先口座のわかるもの（写し）