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）氏　　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 世帯構成員の状況 | 氏　名 | 受診者との続柄 | １月１日時点の住所が異なる方は１月１日時点の住所※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）（Ａ） | 助成限度額（Ｂ） | 申請額（Ａ）と（Ｂ）で少ない額 |
| 年 月 日 | 円 | １０，０００円 | 円 |
| 口座振込先　 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行・信用金庫　　　　　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　農協・労働金庫 |
| 口座種別 | 普 通 ・ 当 座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人（申請者と同じ） |  |

　添付資料

⑴　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

⑵　振込先の金融機関の口座がわかるもの

⑶　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。

⑷　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

**□　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。**

⑴　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。

⑵　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。