

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 農協・労働金庫				支店
	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

- 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
- 振込先の金融機関の口座がわかるもの
- 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。
- 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

<p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) 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。</p>
--