

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

新見市低所得妊婦初回産科受診料助成申請書兼請求書

新見市長 様

申請(請求)者 住 所 新見市
氏 名
電話番号
妊婦との関係()

次のとおり、新見市低所得妊婦初回産科受診料の助成を受けたいので関係書類を添えて申請及び請求します。

なお、助成金の申請をするにあたり、妊婦の世帯状況・世帯の課税状況について調査すること及び支援に必要な情報を新見市と医療機関等が共有することに同意します。

ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年	月	日 (歳)
住 所	〒 新見市		電話番号			
世帯構成員 の状況	氏 名	妊婦との 続柄	住所(1月1日時点の住所が異なる場合の 方は、1月1日時点の住所)			
助成申請額	受診日	自己負担額 (領収書の額) (A)	限度額(B)	申 請 額 (A)と(B) のいずれか 少ない額		
	年 月 日	円	10,000 円	円		
振 込 先	金融機関 名	銀行 金庫 農協	本店・支店 支所・出張所		種別	普通 当座
	ふりがな 口座名義 人		口座番号			

申請は医療機関受診から6か月以内に限りです。

添付書類

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の写し(氏名、診療年月日、医療機関名が記載されたもの)
2. 住民登録が1月1日の時点で新見市以外にある場合、妊婦の世帯の課税状況を記載した証明書。

※妊婦以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に記入と押印が必要です。

委 任 状	
私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 妊婦との関係 ()
年 月 日	_____ 妊婦氏名 _____