

東かがわ市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東かがわ市長 様

初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、東かがわ市初回産科受診料支援事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1. 助成金の申請（請求）者

フリガナ 氏 名	印	生年月日	年 月 日
住 所	東かがわ市 (電話番号)		
初回産科受診日	年 月 日	初回産科受診医療機関	
初回産科受診料の額	円（妊婦健康診査の費用は含まない）		

※担当者記入欄 ☐住民税非課税世帯 ☐ () ☐保険適用外

2. 申請（請求）額 _____円（上限10,000円）

3. 振込先金融機関口座 ※申請者名義の口座に限る

金融機関名	支店名	分類	口座番号（右づめ）	フリガナ
				口座名義人
銀行 農協 信金 信組 その他	本店 支店 出張所	普通 当座		

【同意・誓約事項】

(1) 助成金の対象者の審査のため、市が世帯全員の市税の納付状況等の確認を行うことに同意します。

(2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

(3) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、相互に確認・共有することに同意します。

(4) この申請書は、市において交付決定をした後は、助成金の請求書として取り扱います。

(5) 市が交付決定をした後、申請書兼請求書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が定める期限までに市が申請（請求）者に連絡、確認ができない場合は、市は当該申請が取り下げられたものとみなします。

(6) 助成金の交付後、申請（請求）者がある要件に該当しないことが判明したときは、助成金を返還します。

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原本（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）

2 ☐振込先金融機関の口座が確認できる書類

3 ☐世帯全員の住民税の課税状況が分かる書類（1月1日現在で市内に住所を有しない者のみ）