

須賀川市初回産科受診料助成金交付申請書

須賀川市長

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日		年 月 日 (歳)		
住所		〒 一 須賀川市 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		
助成申請額		受診日	領収書の額 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか 少ない額	
		年 月 日	円	10,000円	円	
振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本・支店 本・支所 出張所	支店コード		
	フリガナ 口座名義		口座番号	口座種別	普通・当座	
同 意 欄	<p>助成金の交付申請をするに当たり、申請者の住民登録及び世帯の課税状況について照会を行うこと及び妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市が支援に必要な情報を共有することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">受診者氏名（自署）</p>					

申請は医療機関受診日から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（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）
2. 低所得の妊婦に関する申立書（第2号様式。市民税非課税世帯と同等の所得水準にあると認められた場合に限る。）
3. 課税状況が記載された証明書（住民登録が1月1日時点で市外にある場合に限る。）
4. 金融機関の口座が確認できる通帳等

※受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を受診者本人以外の方とする場合は、下記の委任状に署名及び押印が必要です。

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	須賀川市 _____
氏名	_____ 受診者との続柄 (_____)
年 月 日	受診者氏名（自署） _____ 印