

初回産科受診料助成金交付申請書

山梨市長

初回産科受診料支援事業（低所得妊婦）実施要綱に基づき関係書類を添えて申請します。

ふりがな 受診者 (申請者)氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒405- 山梨市 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	健診額 (領収書の額)	助成限度額	申請額 <small>健診額と助成限度額でいずれか少ない額</small>	
	年 月 日	円	10,000 円	円	
医療機関名	住所 〒 病院名 電話番号				
振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店・支所名 (ゆうちょ銀行の 場合は記号番号)	本店・支店・支所 記号番号 (—)	
	フリガナ 口座名義	口座番号	種別	普通・当座	
同意欄	<p>助成金の申請をするにあたり、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と山梨市が、支援に必要な情報（妊婦健診の未受診や、家庭の状況等を含む）を共有すること、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について照会を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名（自署）</p>				

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. 金融機関の口座がわかるもの
3. 住民登録が1月1日時点で山梨市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

市役所記入欄	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯
--------	-------------------------------	--------------------------------