

様式第 1 号（第 5 条関係）

士別市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

士別市長 様

申請者氏名

次のとおり士別市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業の助成金を関係書類添付のうえ申請します。

対象者	妊婦氏名	(フリガナ)	生 年 月 日	年 月 日生
	住 所	〒 ー 士別市 電話番号		
	妊娠判定を受けた 産科医療機関		出産予定日	年 月 日
世帯 構 成 員 の 状 況	氏 名	生 年 月 日	妊婦との 続柄	1 月 1 日時点の住民登録地 ※現住所と同じ場合は記入不要
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
助 成 申請額	産科受診日	受診料（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	5,000 円	円

- 《添 付 書 類》 ・ 初回産科受診の医療機関が発行した領収書、診療明細書
※氏名、診療年月日、医療機関名、検査内容を確認。
・ 世帯全員の住民税課税証明書
※申請する年の 1 月 1 日時点で住民票が市外にある場合のみ

<同意欄>

- ①市が、医療機関等と必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。
②妊娠期から育児期に必要な支援を受けることに同意します。
③士別市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付要件を確認するために、生活保護の受給状況や市税等に関する公簿等で確認することに同意します。

年 月 日 署 名：

※市記入欄

受付年月日	年 月 日		
住民税課税状況 確認欄	確 認 日	確 認 者	確認内容
	年 月 日		課税・非課税
	年 月 日		課税・非課税
決 定 欄	決 定 年 月 日		決 定 内 容
	年 月 日		交付 ・ 不交付