

第3号様式（第7条関係）

日進市低所得妊婦初回産科受診費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

日進市長 宛て

日進市低所得妊婦初回産科受診費補助金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

申請者	ふりがな		受診した者 との続柄	
	氏名			
	現住所	〒		
	電話番号			

※ 申請できるのは受診した本人又はその同一世帯の者に限ります。

補助対象者	ふりがな		生年	年 月 日
	氏名		月日	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	加入医療保険	【種別】国保・健保・共済・その他( ) 【保険者番号】( ) 【区分】本人・被扶養者		
	市販の妊娠検査薬での確認	<input type="checkbox"/> 陽性を確認した <input type="checkbox"/> 陽性を確認していない		
	妊娠を証明できる書類	1 妊娠届出書 2 その他( )		
	受診医療機関等	名称		
		所在地		
	受診日		年	月 日
	受診費用			円
	補助額	※市が記入		円 (上限10,000円)
	緊急連絡先	氏名	補助対象者との関係	
住所		電話		

(裏面もご記入ください)

(裏面)

世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

誓約事項 (□に✓を入れてください。)

本申請により市が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了承すること。

本事業利用の審査のため、市民税課税状況及び住民基本台帳に関する資料を市が閲覧することを了承すること。

妊娠期から育児期までの間に市から必要な支援を受けることに同意すること。

支援に必要な情報を産科医療機関等と共有すること及び健康状態等について、産科医療機関等から市に情報提供することに同意すること。

他の地方公共団体から同種同様の補助金を受けていないこと。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	普通	・ 当座
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

※ 振込先の口座名義を申請者本人以外の者とする場合は、この委任状に記入が必要です。

委任状	
委任者 (申請者) 氏名	_____
私は、この補助金の受領に関することを以下の者に委任します。	
受任者 住所	_____
氏名	_____ (申請者との続柄 _____)

<添付書類>

- 1 妊娠の判定を受け、その実費を支払った事実、その額を証明できる書類の原本 (領収書等 (受診者氏名、受診年月日、検査項目、金額及び医療機関名が記載されたもの))
- 2 妊娠の事実を証明できる書類 (妊娠届出書等) の原本