

様式第 1 (第 5 条関係)

安城市初回産科受診料助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

安城市長

次のとおり関係書類を添えて、安城市初回産科受診料助成金の支給を申請します。

なお、支給の決定があった場合は、次の口座に助成金を振り込んでください。

フリガナ			生年月日	年 月 日
受診者氏名 (申請者)	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		(※)	(歳)
住 所	〒			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	
要件	ア 市区町村民税非課税世帯 イ 生活保護被保護世帯 ウ その他 ※該当するものに○をつけてください。			
助成申請額	受診日	妊娠判定費用 (領収書の額) (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)又は(B)の いずれか少ない額
	年 月 日	円	10,000円	円
振込先 口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協		支店
	フリガナ 口座名義人			
	口座番号			

裏面に続く

同意欄	1 私は、市長が安城市初回産科受診料助成金の支給の申請の審査及び支給の決定後の支給要件に該当するかどうかの調査のために、私の住民基本台帳及び安城市民税の課税資料又は生活保護記録を閲覧することに同意します。	
	受診者氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	世帯員氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	世帯員氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	世帯員氏名	(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
2 私は、助成金の申請をするに当たり、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と安城市が支援に必要な情報を共有することに同意します。		
<p style="text-align: right;">受診者氏名 (※)</p> <small>(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>		

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、診療年月日及び医療機関等名が記載されたものに限る。）
- 2 受診者が、住民基本台帳の閲覧に同意しない場合にあつては、住民票の写し（発行から3月以内のものに限る。）
- 3 要件アに該当する場合で、受診者及び世帯員について、住民登録が1月1日時点で安城市外にあるとき、又は賦課資料の閲覧に同意しないときは、その者が妊娠判定を受ける日の属する年度（当該年度の市民税の課税関係が確定しない場合は前年度）において市区町村民税が非課税であることの証明書（発行から3月以内のものに限る。）
- 4 要件イに該当する場合で、受診者又は世帯員のうち、生活保護記録の閲覧に同意しない者が1人でもいるときは、被保護世帯であることを証する書類（発行から3月以内のものに限る。）
- 5 要件ウに該当する場合は、市長が必要と認める書類
- 6 振込先の口座が分かるもの（通帳の写し等）

申請者以外の口座を振込先に指定する場合は、次の欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、安城市初回産科受診料助成金の受領権限を、次の受領者に委任します。	
年 月 日	
委任者（私）	氏名 _____ (※) <small>(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>
	住所 _____
受領者	氏名 _____
	住所 _____

※市記入欄	窓口来談者	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 夫又はパートナー <input type="checkbox"/> 妊婦の家族 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	
	決定年月日	年 月 日	承認・不承認