様式第５号（第８条関係）

岩出市初回妊娠判定受診費用助成申請書兼請求書

申請日　　　　　年　　月　　日

岩出市長　様

　次の事項に同意のうえ、申請及び請求します。

　・市が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することを同意します。

　・市、産科医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

1. 申請・請求者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | | | 日中連絡先 |
| 氏　　名  （署名） |  |  | 年　　月　　日 | | －　　　－ |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 世帯状況 | １．生活保護世帯　　２．市町村民税非課税世帯　　３．市町村民税課税世帯  （※１・２の世帯の場合は下記に世帯構成員全ての署名が必要となります。） | | | | |
| 世帯構成 | 氏　名（署名） | 続柄 | | 生年月日 | 備　考 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 妊娠届出 | 届出日　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　・該当無し | | | | |
| 初回妊娠判定  受診日 | 年　　月　　日 | 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日 | | | 年　　月　　日 |
| 受診医療機関 |  | | | | |
| その他 |  | | | | |

1. 申請額・決定額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 初回妊娠判定受診費用  （領収書の額） | 助成限度額 | 申請額 | 決定額（請求額） |
| 円 | １０，０００円 | 円 | 円 |

３．振込口座（申請・請求者の口座を記入してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融  機関 |  | 銀　　行  信用金庫  （　　　　） | 支店名 | 本店（所）  支店（所）  　　　　　　　　（　　　　） | | | | | | １　普通  ２　当座  （　　　） | |
| 口座名義  （カタカナ） |  | | | 口座  番号 |  |  |  |  |  |  |  |

※ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の金融機関名・店名・預金種目・口座名義人・口座番号７桁」（通帳見開き下部に記載）を記入ください。