

様式第 1 （第 6 条関係）

高浜市低所得妊婦初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）高浜市長

申請者（助成対象者）

住所

電話番号（ ） -

氏名

市販の妊娠検査薬で陽性を確認後、医師による妊娠の有無の判断を受けたため、次の事項に同意の上、申請及び請求をします。

（同意事項）

- 1 助成金の交付に当たり、市が私の住所等の状況、課税状況及び生活保護受給状況を調査すること。
- 2 産科医療機関と市が、私の妊娠、出産、育児等の支援に当たり必要な情報を共有すること。

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・農協 信用金庫 信用組合						支店		1 普通 2 当座
	フリガナ 口座名義人									
	口座番号									

世帯員同意欄	助成金の交付に当たり、市が私の課税状況を調査することに同意します。 世帯員の氏名.....
--------	--

添付書類：助成対象経費を支払ったことを確認できる領収書及び明細書（助成対象者の氏名、受診年月日及び産科医療機関名が記載されたもの）