

様式第1号（第4条関係）

初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年　月　日

加須市長様

初回産科受診料助成金について、加須市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第4条第1項の規定により、裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請及び請求をします。

1 申請・請求者

ふりがな 氏名	(印)	生年月日	年　月　日
現住所			
連絡先			
1月1日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)			

2 世帯構成員の状況

氏名	続柄	生年月日	1月1日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)
		年　月　日	
		年　月　日	
		年　月　日	

3 請求金額

医療機関名			
受診日	自己負担額（A）	上限額（B）	請求金額 (A・Bどちらか少ない額)
年　月　日	円	円	円

4 振込口座

金融 機関名	銀行　・　信用金庫 (　　)	支店名 (　　)					
預金種別	普通・当座	口座番号					
フリガナ 口座名義人							

(裏)

【誓約・同意事項】

加須市初回産科受診料の助成を希望する場合は、下記の全ての項目を確認し、□にチェック✓を記入してください。

次の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約及び同意します。

- 産科医療機関を受診し、医師による妊娠判定を受けました。
- 申請の審査にあたり、住民基本台帳及び世帯の住民税課税状況を確認することに同意します。
- 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行うため、加須市と産科医療機関が支援に必要な情報を共有することに同意します。
- 偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。

誓約・同意事項の内容に相違ありません。

記入日 _____ 年 月 日

申請・請求者氏名 _____

添付書類

- 1 妊娠判定のための初回産科受診時の領収書及び診療明細書
- 2 妊娠を確認できる書類（証明書、超音波検査の書類など）
- 3 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し
- 4 妊娠判定を受けた本人の振込口座を確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し
- 5 世帯全員が住民税非課税であることがわかる証明書（妊娠判定を受けた日の属する年度の1月1日時点で、住民登録が加須市以外にある場合）
- 6 生活保護受給者証（生活保護を受給している場合）
- 7 代理人の身分証明書の写し（代理人が申請する場合）