

河内長野市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

（宛先）河内長野市長

関係書類を添えて下記のとおり初回産科受診料助成金の交付を申請し、下記の申請額を請求します。なお、交付決定後は下記の口座に振り込んでください。

氏 名		生 年 月 日			
(フリガナ)					
受診者		年 月 日			
住 所	河内長野市	電話番号			
受診先医療機関 名称					
住所					
電話番号					
市販の妊娠検査薬での陽性確認日 年 月 日					
妊娠判定（○をつけて下さい。） 妊娠している ・ していない					
出産予定日（妊娠している方でわかる場合） 年 月 日					
受診料（a）		交付限度額（b）		申請額（aとbのうち低い額）	
円		10,000 円		円	

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協				本 店 支 店 出張所				
	預金種別 (該当する方に○)	1 普通 2 当座	口座番号 (左詰記入)							
	(フリガナ) 口座名義									

※受診者以外の方の申請又は振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする場合は、委任状が必要です。

- (注) 1 太枠の中を記入してください。
 2 以下の書類を添付してください
 (1) 受診料を支払ったことを証する書類（コピー可）
 (2) 母子健康手帳の写し（交付された方）
 ※その他書類審査の結果、市長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります

(申請に伴う同意事項)

- 私の住民基本台帳及び外国人登録台帳を閲覧すること、また、所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 必要に応じて受診医療機関に受診状況等問い合わせすることに同意します。
- 妊娠期からの切れ目ない支援のために、保健センターから電話・訪問等を行うことに同意します。また、必要な場合は、診療結果について、河内長野市が関係機関等に情報を提供することに同意します。

署名日： 年 月 日 署名