様式第１号（第５条関係）

江別市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

　　年　　月　　日

（宛先）江　別　市　長

住　　所　江別市

申請者　　氏　　名

電話番号　　 　　 ‐　　　　　‐

　初回産科受診料助成金の助成を受けたいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ ﾌﾘｶﾞﾅ）  受診者（妊婦）氏名 | |  | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | |
|  | | | | 年 | | |  | 月 | 日 | |  |
| 初回産科受診日 | | 年 月 日 | 受診産科医療機関名 | | |  | | | | | | | |
| 申請額 | | 受診額（領収書の額）  （ A） | 助成限度額  （ B） | | | 申請額  (A)と(B)でいずれか少ない額 | | | | | | | |
| 円 | 10,000円 | | | 円 | | | | | | | |
| 申請理由 | | □１ 非課税世帯であるため  □２ 非課税世帯と同等の所得水準であるため | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行信金信組 | | 支  店名 | 本店  支店出張所 | | | | | 種別 | 普通・当座 | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  口座名義 |  | | 口座  番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |
| 同意欄 | 江別市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱の規定より、事業の利用について、下記の事項に同意の上、申請します。  □所得判定のため、公簿等により世帯、所得、課税等の状況を調査すること  □妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有すること  　　　年 月 日 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | |

添付書類

　□妊娠届出書その他妊娠を証明するもの（交付された場合のみ）

□初回産科医療機関受診に係る領収書及び診療明細書の写し

□住民税課税基準日に江別市以外に住民登録があった方は課税状況が確認できる証明書

※ 申請日が１月１日～６月30日の場合で、前年の１月１日に江別市に住民票がない方

※ 申請日が７月１日～ 12月31日の場合で、その年の１月１日に江別市に住民票がない方