

様式第1（第5条関係）

一宮市初回産科受診料助成金交付申請書

年　月　日

(あて先) 一宮市長

次のとおり関係書類を添えて、一宮市初回産科受診料助成金の交付を申請します。

フリガナ 申請者氏名 (受診者)			生年月日 (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	年　月　日 (　歳)
住　所	〒 一宮市			電話番号
世帯構成員 の状況 ※別世帯であって も、生計を一にす る場合は記載して ください。	氏　名	受診者との 続柄	1月1日時点の住所が異なる方は、1月1日時点の住所	
要件	市区町村民税非課税世帯　　生活保護被保護世帯　　その他 ※該当するものに○をつけてください。			
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	店番 銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	フリガナ 口座名義人			
	口座番号			

裏面に続く

添付書類

- 1 妊娠判定のための初回産科受診料の領収書及び明細書（氏名、受診年月日及び医療機関等名が記載されたものに限る。）
 - 2 振込先の金融機関の口座が確認できる通帳等の写し
同意欄1に同意しない場合は、以下の書類が必要です。
 - 3 申請者が、住民基本台帳の閲覧に同意しない場合にあっては、住民票の写し（発行から3か月以内のものに限る。）
 - 4 要件第2条第1号ア（市区町村民税非課税世帯）に該当する場合で、申請者及び世帯員について、住民登録が1月1日時点で一宮市外にあるとき、又は課税資料の閲覧に同意しないときは、その者が妊娠判定を受ける日の属する年度（当該年度の市区町村民税が確定していない場合は、前年度の市区町村民税とする）において市区町村民税が非課税であるとの証明書（発行から3か月以内のものに限る。）
 - 5 要件第2条第1号イ（生活保護被保護世帯）に該当する場合で、申請者又は世帯員のうち、生活保護記録の閲覧に同意しない者が1人でもいるときは、被保護世帯であることを証する書類（発行から3か月以内のものに限る。）
 - 6 要件第2条第2号（その他）に該当する場合は、市長が必要と認める書類

申請者以外の口座を振込先に指定する場合は、次の欄に記入をお願いします。

※市記入欄	窓口来談者	<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 夫又はパートナー <input type="checkbox"/> 妊婦の家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
	決定年月日	年 月 日