

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)	<div>-----</div> <div>(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</div>		生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒 一宮市 電話番号			
世帯構成員 の状況 ※別世帯であつても、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	1 0 , 0 0 0 円	円
振込先口座	金融機関名	店番 銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所		
	フリガナ 口座名義人			
	口座番号			

裏面に続く

同意欄	1 私は、市長が一宮市初回産科受診料助成金の交付申請の審査及び交付決定後の交付要件に該当するかどうかの調査のために、私の住民基本台帳及び一宮市民税の課税資料又は生活保護記録を閲覧することに同意します。	
	申請者氏名	(※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	世帯員氏名	(※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	世帯員氏名	(※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	世帯員氏名	(※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	2 私は、助成金の申請をするに当たり、一宮市と受診医療機関等が情報を共有すること及び一宮市から必要な支援を受けることに同意します。 <div>申請者氏名 (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</div>	

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ことの証明書（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。

委任状	
私は、一宮市初回産科受診料助成金の受領権限を、次の受領者に委任します。	
年 月 日	
委任者（私）	氏名 (※) (※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住所
受領者	氏名
	住所

※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 承認・不承認