

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

白河市低所得妊婦初回産科受診費用助成申請書兼請求書

白河市長 様

白河市低所得妊婦初回産科受診費用助成金交付要綱に基づき関係書類を添えて申請し、請求します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
住 所	〒 ー 白河市 電話番号				
世帯構成員 の状況	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		
助成申請額	受診日	健診額 (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	
	年 月 日	円	10,000円	円	
医療機関名	住 所 病院名 電話番号				
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協	本店 支店 本所 支所 出張所	支店コード	
	フリガナ 口座名義		口座番号	種別	普通 当座
同意欄	助成金の交付申請をするにあたり、申請者の住民登録及び属する世帯の課税状況について照会を行うこと及び妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と白河市が支援に必要な情報を共有することに同意します。 申請者氏名(自署)				

申請は医療機関受診日から6月以内に限りです。

添付書類

1. 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）
2. 低所得の妊婦に関する申立書（第2号様式。市民税非課税世帯と同等の所得水準にあると認められる場合に限る。）
3. 課税状況が記載された証明書（住民登録が1月1日時点で白河市以外にある場合に限る。）
4. 金融機関の口座がわかるもの

※申請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、下記の委任状に記入と押印が必要です。

委 任 状	
私は本件に係る申請・受領を下記の者に委任します。	
住所	_____
氏名	_____ 申請者との関係 ()
年 月 日	申請者氏名 _____ 印