様式第1号（第6条関係）

年　　月　　日

浜田市長　　　　　様

申請者　住所

氏名

（署名又は記名押印）

電話番号

浜田市初回産科受診費助成金交付申請書兼請求書

初回産科受診費助成金の交付を受けたいので、次のとおり浜田市初回産科受診費助成金交付要綱第6条の規定により申請します。

なお、助成金の交付決定に際して、市長が私の世帯の市町村民税の課税状況等を調査すること、及び市長及び医療機関等が支援に必要な情報を共有することに同意します。

市長が浜田市初回産科受診費助成金交付要綱第7条の規定により助成金の交付を決定したときは、次のとおり助成決定額を請求し、助成金の交付については指定口座への振替を希望します。

1 　受診者情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  受診者氏名 |  | | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住所  ※申請者と同じ場合は  記入不要 |  | | | |
| 受診医療機関名 |  | | | |
| 受診日 | 年　　月　　日 | 申請金額 | | 円 |
| 助成決定額  （浜田市記入欄） | | 円 |

2 　助成金振込先指定口座（申請者と同名義）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定口座 | 金融機関名 |  | | | | | | | |
| 同店舗名 | 本店・本所・支店・支所・出張所・代理店 | | | | | | | |
| 預金種目 | 1　普通　2　当座　3　その他(　　　　　　　) | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

3 　添付資料

⑴　助成に係る初回産科受診の領収書及び明細書

⑵　妊娠と判定されたことが確認できる書類（エコー写真、検査結果等）

⑶　世帯の課税状況が確認できる書類（他市町村からの転入等により市において課税状況を確認することができない者）

⑷　その他