

様式第1号（第4条関係）

市川市初回産科受診料交付金申請書兼請求書

年 月 日

市川市長

申請者（受診者）

住 所

氏 名

電話番号

市川市初回産科受診料交付金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 申請内容

| | | | | |
|---------|------|---|-------|-------|
| 受診者 | フリガナ | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | 〒 | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日（歳） |
| 受診医療機関名 | | | 受診日 | 年 月 日 |
| 初回産科受診料 | 円 | | 交付請求額 | 円 ※ |

※ 交付請求額は、妊娠の判定を行うため医療機関が必要と認める検査に係る費用の自己負担相当額及び上限額（10,000円）を比較して、少ない方の額となります。

2 振込先

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|-------|--|--|--------------|------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | | | | 支店名 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 1 普通 2 当座 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

3 添付書類

- (1) 妊娠の判定を行うため医療機関が必要と認める検査に係る費用を支払った事実を確認することができる書類の原本（領収証等）
- (2) (1)の検査に係る診療明細書の原本
- (3) 非課税世帯若しくは非課税世帯と同等の所得水準である世帯に属する者又は生活保護受給世帯に属する者であることを証する書類（非課税証明書、生活保護受給者証等）
- (4) 本人確認書類（運転免許証等）
- (5) 振込先の金融機関の口座を確認することができる書類（通帳の写し等）
- (6) その他市長が必要と認める書類

※ 振込先の口座名義が申請者と異なる場合

【委任状】

私（申請者） _____ は、この申請に基づく交付金の受領に関する一切の権限を、以下の受取人に委任します。

受取人 住所 _____

氏名 _____

4 同意事項

以下の事項を確認し、全てにチェックを入れ、署名をしてください。

- 市川市が受診者の属する世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 受診者に対する必要な支援につなげるため、受診者に関する必要な情報について、市川市、医療機関その他関係機関が相互に共有することに同意します。
- 今後、保健師又は助産師による面談等に応じることに同意します。

署名（受診者） _____

※ チェック及び署名がない場合は、交付金を交付できない場合があります。