

（表）

低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

佐野市長 様

次のとおり低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料の助成を申請します。

1 申請者

フリガナ			生年月日
氏名			年 月 日 () 歳
住所	佐野市		
電話番号			
1月1日時点の住所地 (住所と異なる場合のみ記載)			
世帯の区分	☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他		

2 請求金額

助成回数	今年度において ☐ 1回目 ☐ 2回目		
受診医療機関		初回産科受診日	年 月 日
助成申請額	自己負担額（A）	助成限度額（B）	申請額 (A・Bどちらか少ない額)
	円	10,000円	円

3 振込口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	店名等	本店・支店・出張所
口座種別	普通・当座	フリガナ	
口座番号		口座名義人	

(裏)

5 誓約・同意事項

佐野市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料の助成を希望する場合は、次の全ての項目を確認し、□にチェック“レ”してください。

☐ 次の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約及び同意します。

- ☐ 産科医療機関を受診し、医師による妊娠判定を受けました。
- ☐ この申請の審査に当たり、住民基本台帳及び世帯の住民税課税状況を確認することに同意します。

(申請者のほかに同一世帯員がいる場合は、別紙同意書記入)

- ☐ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行うため、佐野市と医療機関が支援に必要な情報を共有することに同意します。
- ☐ 偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。

☐ 誓約・同意事項の内容に相違ありません。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名 _____

添付書類

- 1 妊娠判定のための初回産科受診時の領収書及び診療明細書
- 2 住民登録が1月1日時点で佐野市以外にある場合、住民税課税状況を記載した証明書（市の住民基本台帳及び世帯の住民税課税状況で確認できる場合は不要）
- 3 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し等
- 4 振込口座を確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し等