

低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）湖西市長

湖西市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成事業実施要綱第 9 条の規定に基づき助成を受けたいので、同意事項を承諾の上、以下のとおり申請します。

氏名			生年月日		
住所				連絡先	
受診理由	<input type="checkbox"/> 妊娠の兆候があったため（月経が止まった、つわり様症状がある等） <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応が出たため <input type="checkbox"/> その他（ ）				
世帯状況 （同居している人全員書いてください）	氏名	生年月日	続柄	備考（職業等）	

同意事項

- 1 本市が申請者の属する世帯等の課税状況等を確認すること。
- 2 本市が本事業に係る医療機関及びその他関係機関と必要な情報を相互に確認し、及び共有すること。
- 3 本市からの妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けること。

振込先 * 振込先の口座名義人と、申請者の名前は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行・金庫		本店・営業部		金融機関コード			店番コード		
	農協		支店・出張所							
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号							(右詰記入)
フリガナ										
口座名義人*										

添付書類

- 1 受診に要した費用に係る領収書及び明細書（写し）
- 2 妊娠判定結果が分かる医療機関で発行された書類（原本）