

別記様式（第6条関係）

大阪狭山市初回産科受診費用助成申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）大阪狭山市長

初回産科受診費用について、次のとおり助成を申請します。

受診者 兼 申請者	フリガナ氏名			
	住所	大阪狭山市		
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
世帯 区分	いずれかの番号を ○で囲んで下さい	1. 市民税非課税世帯 2. 生活保護世帯		
申 内 請 容	受診年月日		年 月 日	
	受診医療機関名			
	受診費用 ①	助成上限額 ②	申請額 (①と②を比較していずれか 少ない方の額)	
	円	10,000円	円	

上記の申請額を請求します。下記の口座に振込みを希望します。

振込先	金融機関名	銀行 農協 支店 信用金庫							
	口座番号							預金種別	普通・当座
	フリガナ 口座名義人								
	委任欄 (振込先の口座名義人と受診者とが異なる場合は、受診者の委任が必要です。必ず受診者ご本人がご記入の上、受診者の印と同じ印鑑をご捺印ください。) 上記の口座名義人に対して、初回産科受診費用に係る助成金の受領を委任します。								
	受診者 印								

- 添付書類(1) 初回産科受診に係る医療機関が発行する領収書及び明細書
(2) 市民税非課税世帯又は生活保護世帯に属することを証する書類

同意事項 ☐ 妊婦健康診査を受託する産婦人科医療機関等の関係機関と市が、必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。
☐ 世帯の構成員等の課税状況等について、市が閲覧することに同意します。

署名