

別記

第1号様式（第8条関係）

年 月 日

垂水市初回産科受診料助成申請書兼請求書

垂水市長 殿

申請者 氏 名

現 住 所 〒 _____

連 絡 先 _____

初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、垂水市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

1 申請・請求額

受診日	支払額	申請額（上限10,000円）
年 月 日	円	円

2 対象者区分

<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯に属する妊婦
<input type="checkbox"/>	住民税非課税世帯と同等の所得水準であり得る妊婦
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 当該年度の所得が減少し、次年度の課税状況が非課税又は生活保護となる可能性がある妊婦
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人に所得がなく、世帯の構成員の所得により課税世帯に該当する妊婦のうち、家庭の状況等により世帯の構成員からの経済的な援助が期待できない妊婦
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本人の所得が、世帯の構成員によって管理され、経済的な援助が得られていない妊婦
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

【同意・誓約事項】

(1) 助成金の対象者の審査のため、市が、世帯全員の住民税の課税状況の確認を行う

ことに同意します。

(2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

(3) 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や子育てガイドの内容等）について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

(4) 助成金の交付後、申請・請求者がその要件に該当しないことが判明した場合は、助成金を返還します。

署 名

署 名 日 年 月 日

支給口座情報

金融機関名		金融機関 コード							
支店等名		支店番号							
預金種別		口座番号							
フリガナ									
口座名義									
支給口座情報の写し（貼付欄）									

垂水市確認欄（申請手続の確認事項）
<p>添付書類</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 妊娠判定のための受診費用の領収書</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の口座が確認できる書類</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民税の課税状況がわかる書類（対象者の課税状況が判明しない場合）</p> <p>4 <input type="checkbox"/> 簡易な収入見込額の確認書（課税世帯であるが非課税世帯と同等水準であり得るものの場合）</p>