

第1号様式（第5条関係）

藤沢市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

藤沢市長

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請・請求します。
 交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。
 口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。
 なお、助成金の交付に関して次の内容に同意します。

- ・市が世帯の課税状況を確認すること
- ・市が妊産婦健康診査を受けた医療機関等の関係機関と、支援に必要な情報（氏名・住所・身体状況・生活状況等）を共有すること
- ・保健師等による面談を行うこと

申請者・請求者

ふりがな				生年月日	年 月 日
氏名					
現住所	〒			電話番号	() ※平日の日中に連絡が取れる番号(携帯電話など)を記入してください
受診時の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ 〒				
世帯の状況	世帯構成員氏名	申請者との続柄	生年月日		※産科受診時の世帯について記載してください
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

産科受診日	年 月 日	受診医療機関	
支払済額(A)		助成限度額(B)	申請額・請求額(A・Bのうち少ない額)
円		10,000円	円

助成金振込先口座

金融機関	銀行 農業協同組合 信用金庫 () 店番号 []	本店 支店	種目	普通 当座	番号						
ふりがな			請求者からみた 口座名義人の続柄		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 ()						
口座名義											

市事務処理欄

申請受領年月日	(交付・不交付) 決定年月日	交付決定額	区分
.	.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 申請額のとおり <input type="checkbox"/> 10,000円	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生保
添付書類 <input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 口座情報確認書類の写し <input type="checkbox"/> 課税状況を記載した証明書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し(手帳No.) <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 本人確認書類の写し(マイナンバーカード・運転免許書・その他())			
備考			