別記様式第１号（第４条関係）

登別市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業助成金交付申請書

年　　　月　　　日

登別市長　様

登別市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業助成金について、登別市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業助成金交付要綱第４条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 受診者氏名 |  | 年　　　月　　　日生 |
| 受診者の住所 | 登別市　　　　町　　　　　　　　　　　　 | 受診者の連絡先（携帯番号） |
| ―　　　　　― |
| 世帯構成員の状況※受診者本人の記載は不要 | 　　　　氏　　名 | 生年月日 | 受診者との続柄 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申請内容 | 受診年月日年　月　日 | 実費額(A）※保険適用分は除外　　　　　　　円 | 助成限度額(B）１０，０００円 | 申請額※AとBのうち低い額　　　　　　円 |
| 登別市低所得妊婦の初回産科受診料支援事業の申請にあたり、登別市が助成金の交付決定をし、又は必要な支援を提供するために、住民基本台帳、世帯の課税状況・生活保護の状況、医療機関での受診状況、その他決定に必要な各種資料についての確認を行うことに同意します。　　署名　　　　　　　　　　　　　　　 |

＜添付書類＞

・世帯全員の課税状況を確認することができる書類

・妊娠判定に要した受診費用の領収書及び明細書の写し