

(表)

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

初回産科受診料助成金交付申請書

久喜市長

あて

住 所
氏 名
電話番号

初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、久喜市初回産科受診料助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により下記のとおり申請します。

申請者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	久喜市		
	対象区分	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
受診状況	受診日	年 月 日	受診医療機関	
検査内容	☐ 問診及び診察 ☐ 尿検査 ☐ 超音波検査（医療機関の判断により実施）		検査結果	☐ 妊娠（ ）週 出産予定日 年 月 日 ☐ その他（ ）
申請額	費用が 10,000 円以上の場合は、10,000 円 費用が 10,000 円未満の場合は、当該費用と同額			円

同意・誓約事項

- (1) 初めて医療機関に受診したものであり、妊娠判定検査を他の医療機関で受けていません。
- (2) 市が対象区分を確認するために、住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿等を閲覧することに同意します。
- (3) 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。

申請者氏名 _____

(裏)

添付書類

- (1) 申請者と同一世帯に属する者全員が住民税非課税であること又は生活保護を受けていることを証する書類の写し（公簿等により確認できない場合に限る。）
- (2) 初回の産科受診による判定結果が確認できる書類の写し
- (3) 助成対象経費の支払いが確認できる領収書
- (4) その他市長が必要と認める書類