

三島市初回産科受診料補助金交付申請書

年 月 日

(あて先) 三島市長

申請者(受診者)氏名 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生
住 所 〒 _____
電話番号(※日中連絡のつく番号) _____
出産予定日 _____ 年 月 日

関係書類を添えて、次のとおり費用の助成を申請します。

1 初回産科受診に係る費用の内訳

受診年月日	自己負担額 (医療保険外)
年 月 日	円

2 振込先 * 振込先の口座名義人と、申請者の名前は必ず一致させてください。

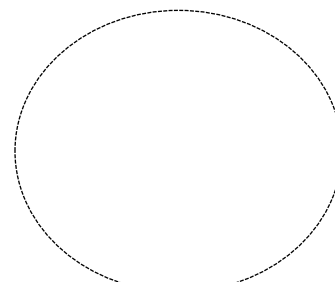
金融機関名	銀行・金庫 農協		本店・支店	金融機関コード				店番コード		
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号							
(フリガナ)	()									
口座名義人										

3 税情報確認、情報提供等に関する同意事項

☐ 私は、初回産科受診料補助金交付申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。

- (1) 本事業の決定の審査にあたり、市が申請者及びその配偶者の情報や公簿等、事務処理に必要な情報を調査すること。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等※を提出すること。
- (2) 受診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。

※1～6月に申請する方は前年の1月1日現在、7～12月に申請する方は申請する年の1月1日現在において、三島市に住民登録がない場合、前住所地で非課税証明書等の交付を受け、提出してください。



受付印

＜市記入欄＞

助成対象額	助成限度額	助成金額
A	B	AとBを比較して少ない方の金額
	10,000 円	
助成金額 計		

承認 ・ 不承認	助成額総計	円
----------	-------	---

＜市確認欄＞確認した日付を記載

（確認した職員名 ）
（母子手帳交付等及び面談者名 ）

税担当課	生活保護担当課	その他（ ）

※1 その他の欄は、申請者に関して情報を共有する必要がある関係機関（産科医療機関含む）。
※2 生活保護担当課に確認した場合、税担当課欄はチェックしない。