

初回産科受診料還付助成申請書

宝塚市長あて

窓口に來られた方 住所：

氏名： 妊婦との続柄（ ）

下記のとおり、関係書類を添えて、初回産科受診料の還付助成を申請します。

世帯調書（様式3号）

世帯全員の所得を証明する書類（市民税・県民税所得課税証明書、非課税証明書など）

※市が公簿等で課税情報を確認できる場合は提出不要です。

初回産科受診に係る領収証原本および診療明細書

（妊婦健康診査は対象外です。妊婦健康診査の費用は、妊婦健康診査費助成事業を利用してください）

初回産科受診料助成券の交付者については未使用の助成券

助成金振込口座の通帳又はキャッシュカードの写し

下記の太枠内にご記入し、当てはまるものに☑をしてください。

申請日		年	月	日			
(フリガナ)					生年月日		
妊婦氏名					年 月 日 (歳)		
住所		<input type="checkbox"/> 同上（申請者と同一の場合、下記住所記入は不要） 〒 — 宝塚市					
連絡先		電話 () —		携帯 — —			
初回産科受診日		年 月 日		初回産科受診 医療機関			
初回産科受診料の額		円(上限 10,000 円、妊婦健康診査の費用は含まない)					
振込先	銀行		本店		フリガナ		
	信用金庫		支店		口座名義人		
	農業協同組合		出張所		預金種目 1 普通 2 当座 4 貯蓄		
					口座番号		
				ゆうちょ銀行は7桁のみ可			
振込が確認されるまで口座名義人を変更しないでください							
口座名義人欄が、申請者（妊婦）の氏名以外（旧姓も含む）の場合は下記に署名してください 私は、上記口座名義人に初回産科受診料助成金の受領を委任します。 年 月 日 申請者（妊産婦）氏名							
経済状況		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 他 ()					
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧すること、宝塚市が必要な支援を提供するため医療機関等へ受診内容や家庭の状況等を共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しました。							

<審査欄>

受付	年 月 日	受診日	年 月 日
課税状況	市民税非課税・生活保護・他 ()	住民日	年 月 日
助成決定額		係長	係 受付
円			