

様式第 1 号（第 4 条関係）

初 回 産 科 受 診 料 助 成 金 申 請 書

年 月 日

小田原市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

小田原市低所得妊婦に対する初回産科受診料の助成を受けたいので、次の同意書の記載事項に同意の上、関係書類を添えて申請をします。

ふりがな 対象者氏名			生年月日	年 月 日
住 所	〒		電 話	
課税状況	市町村民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 ・ その他（ ）			
家 庭 の 状 況	氏名	対象者との続柄	1 月 1 日時点の住所(現住所と異なる場合)	
補助対 象経費	受診した医療機関の名称		受診年月日	受診に要した費用の額
申請額 ※受診要した費用の額又は 1 万円のいずれか少ない額 円				
同 意 書 1 本事業に必要な情報を市から産婦人科医療機関等の関係機関に提供すること。また、健康状態等について、産婦人科医療機関等の関係機関から市に情報提供すること。 2 本事業利用の審査のため、市町村民税課税状況及び住民基本台帳に関する資料を市が閲覧すること。 3 保険診療となる場合は、補助対象外となること。 4 市より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けること。 年 月 日 (妊婦)氏名				

※対象者以外の方が代理で申請する場合は、次の委任状をご記入ください。

委 任 状	
私は、本件に係る助成金の申請を次の者に委任します。	
代理人氏名	続柄（ ）
代理人住所	
年 月 日	(妊婦)氏名

【振込先口座】

振 込 先	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合			本店 支店 出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※振込先の口座を対象者以外の方のものとする場合は、次の委任状をご記入ください。

委 任 状	
私は、本件に係る助成金の受領を次の者に委任します。	
代理人氏名	続柄（ ）
代理人住所	
年 月 日	（妊婦）氏名

【振込先口座コピーを添付】

【市確認欄】

- ☐ 妊娠判定を受けた病院の領収書（原本）とあれば明細書（コピー可）を添付した。
- ☐ 記入漏れがないか確認し、銀行口座をコピーし添付した。
- ☐ 交付決定の有無は交付決定通知書で通知され、2か月程度かかる旨伝えた。