

初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）鴻巣市長

次のとおり誓約及び同意の上、初回産科受診料助成金の交付を申請します。

申請者	氏名				生年月日	年 月 日
	住所	〒 鴻巣市 電話番号				
妊娠判定を希望する理由	1 妊娠の兆候があるため （月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など） 2 一般用妊娠検査薬で陽性反応が出たため 3 その他					
申請者の属する世帯の状況	世帯構成員氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
		本人				
申請年度の1月1日の住所地	1 鴻巣市 2 鴻巣市外（前住所地の市区町村が発行する非課税証明書等の添付が必要）					

誓約・同意事項（※各項目のチェック欄（□）に「✓」を入れてください。）

<input type="checkbox"/> 初回産科受診結果にある受診日は、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。
<input type="checkbox"/> 所得判定のため、住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。
<input type="checkbox"/> 妊娠判定検査及び妊婦健康診査を受診した医療機関と市が必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診確認、家庭状況等を含む。）を共有することに同意します。

【特例受診者のみ記入】

助成金の交付が決定した際は、初回産科受診料助成金を次の口座に振り込んでください。

受診日	受診結果	医療機関名	受診料	助成額
年 月 日			円	円

振込先

金融機関名	銀行			本店
	金庫			支店（支所）
預金の種類	普通 当座	フリガナ		
		口座名義人		
口座番号				右詰記入

- 備考
- 妊娠判定結果を証明する書類及び医療機関が発行する領収書又は明細書を添付する（写し不可）。
 - 振込先は、初回産科受診をした本人（申請者）名義の口座とする。
 - 市が世帯の課税状況を確認できない場合は、同等の所得水準と確認できる書類を添付する。