

# 浜松市初回産科受診料助成申請書

(第1号様式)  
年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者(受診者)氏名

住所 〒 - (署名もしくは記名押印)

浜松市 区

※希望者のみ書類別送先(〒 - )

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。

承認・不承認 助成額総計 円

## 1 初回産科受診に係る費用の内訳 (太枠内を御記入ください。)

| 受診年月日 | 自己負担額<br>(医療保険外) |
|-------|------------------|
| 年 月 日 | 円                |

| 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 |         |                 |

## 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。

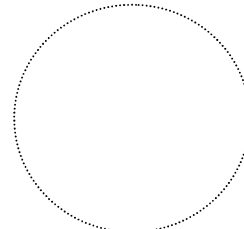
| 金融機関名            | 銀行・金庫<br>農協 |      | 本店・営業部<br>支店・出張所 | 金融機関コード |  |  | 店番コード |  |        |
|------------------|-------------|------|------------------|---------|--|--|-------|--|--------|
|                  | 1 普通        | 2 当座 |                  | 口座番号    |  |  |       |  |        |
| 預金種別             | 1 普通        | 2 当座 | 口座番号             |         |  |  |       |  | (右詰記入) |
| (フリガナ)<br>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、初回産科受診料助成申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。

- 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。
- 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月までに申請する方は前年の1月1日現在、7~12月末までに申請する方は申請する年の1月1日現在において浜松市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。



(市受付印)