

第1号様式（第5条関係）

低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書（兼請求書）

※ 太枠内を記入して下さい

いわき市長 様

標記助成について、次のとおり申請します。

		申請日		年 月 日		
申 請 者 （ 妊 婦 本 人 ）	(ふりがな) 氏 名	生年月日		昭和 平成 年 月 日		
	住 所	〒 - いわき市		電話番号 - -		
	緊急連絡先	(氏名) (住所)		(続柄/関係: ) (電話番号: - - )		
申 請 事 由 等	<input type="checkbox"/> 妊娠を確認したため（ <input type="checkbox"/> 医療機関受診 <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬での陽性反応 ） <input type="checkbox"/> 妊娠の兆候があるため（月経が止まった・つわりがある・基礎体温が高い 等）					
	該当区分	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> その他（※申立書添付）				
	受診（予定）医療機関名称	受診（予定）日	受診料の額（申請額）	助成額		
		年 月 日	円	円		
同 意 ・ 誓 約 事 項	この申請書提出にあたり、以下の事項について同意・誓約します。					
	1 市が本助成の審査に必要な範囲で公簿等により住民基本台帳情報及び課税情報等の確認を行うこと（他自治体へ照会すること及び確認できない場合の関係書類の提出を含む） 2 市が医療機関その他の関係機関と必要に応じて支援に必要な情報を共有すること 3 市が実施する妊娠の届出時に行う面談等を受けること 4 市に受診結果を速やかに報告し必要な書類等を提出すること（申請後初回受診の場合）					
		氏名	続柄	生年月日	職業	備考
	妊婦			. .		
	世帯 （ 受 診 日 時 点 ） 構 成 員			. .		
受 取 口 座	口座名義人 (カタカナ)					
	金融機関名	銀行・農協・労金 信用組合・信用金庫		支店・本店 支所・出張所		
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号			

市 確 認 ・ 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 受診料確認書類の写し	地区保健福祉センター	こども家庭課	認定年月日
	<input type="checkbox"/> 所得確認（ <input type="checkbox"/> 生保受給 <input type="checkbox"/> 公簿確認 ）	( 受付日 )	( 受理日 )	. . 認定・却下
	<input type="checkbox"/> 申立書 ※「その他」の場合			決定年月日
	<input type="checkbox"/> 口座確認（写し添付・確認）			. . 決定・却下
	<input type="checkbox"/> 委任状（医療機関受取代理・その他）			
	連絡事項:	年 月 日	年 月 日	

## 申立書

いわき市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業の申請に関し、その事情等について次のとおり申し立てます。

年 月 日

いわき市長 様

(申立者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

1 要綱第2条第1項第2号ウに該当する理由

本人に所得がない又は本人の所得が少なく、かつ同一世帯の親などから経済的な支援を受けることが困難

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2 具体的な事情等（上記理由に関し、現在の生活状況等を詳しく記載してください）

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(注) 箇条書きにするなど明確・簡潔に記載してください。

【参考資料等】 ※ 上記事情等を証明する書類がある場合は添付してください

離職証明書等

その他 ( \_\_\_\_\_ )