

様式第 1 号 (第 4 条関係)

門真市低所得妊婦初回産科受診料助成申請書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

産科受診料について、次のとおり申請します。(対象者本人又は同一世帯の家族のみ申請可)

申請者	フリガナ		対象者との続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	現住所	〒		
	電話番号			

対象者	フリガナ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日		年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	世帯の状況 (同一世帯)	氏名	対象者から見た続柄	生年月日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
	医療機関で支払った実費	円	<u>(記入不要)</u> 左記のうち対象金額(限度額 10,000 円/回) 円	
医療機関	名称			
	住所			
	TEL			

私が受領する助成金については、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行							本店
		信用金庫							支店
	農協							支所	
	金融機関コード					支店番号			
	預金種別	普通・当座							
口座番号									
フリガナ									
口座名義人									

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

同意事項（申請するには全て同意して頂く必要があります。）	
※ 同意していただける場合は、□にチェックを入れてください。	
この申請に係る情報について、審査又は調査のため、世帯の課税状況、生活保護受給状況等について、関係機関（他市又は医療機関等）等に照会し、取得することに同意しますか。（※申請者と対象者が異なる場合には双方について、審査又は調査を行う場合があります。）	□
この申請をもって門真市から妊娠期から育児期に必要な支援を受けることに同意しますか。	□
この申請に係る内容に偽りがあった場合や相違があり、助成の対象者の要件に該当しなかった場合には、償還払いで助成した金額を返還することに同意しますか。	□

**【提出書類一覧】**

- 本人確認ができる書類の写し（申請者と対象者が異なる場合は両者とも必要）
  - ※ 申請時住所記載の住民票、運転免許証、健康保険証（両面）等のうちいずれか一つが必要です。
  
- 医療機関での支払いを証明する書類（領収書及び明細書等）
  - ※ 診療内容が確認できるもので、医療機関から発行された原本に限ります。
  
- 振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー
  - ※ 申請者本人以外の口座に振り込みする場合は、委任状欄への記載が必要です。
  - ※ 申請者と対象者が異なる、必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。