

様式第 5 号（第 8 条関係）

紀の川市初回妊娠判定受診費用助成申請書兼請求書

申請日 年 月 日

（宛先）紀の川市長

次の事項に同意のうえ、申請及び請求します。

- ・市が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することを同意します。
- ・市、産科医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

1. 申請・請求者

フリガナ			生年月日	日中連絡先
氏 名 (署名)			年 月 日	— —
現住所	〒			
世帯状況	1. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. 市町村民税課税世帯 (※1・2の世帯の場合は下記に世帯構成員全ての署名が必要となります。)			
世帯構成	氏 名 (署名)	続柄	生年月日	備 考
妊娠届出	届出日 年 月 日		・該当無し	
初回妊娠判定 受診日	年 月 日	市販の妊娠検査薬で陽性を 確認した日		年 月 日
受診医療機関				
その他				

2. 申請額・決定額

初回妊娠判定受診費用 (領収書の額)	助成限度額	申請額	決定額 (請求額)
円	10,000円	円	円

3. 振込口座（申請・請求者の口座を記入してください）

金融 機関	銀 行 信用金庫 ()	支 店 名	本店 (所) 支店 (所) ()					1 普通 2 当座 ()
口座名義 (カタカナ)			口座 番号					

※ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の金融機関名・店名・預金種目・口座名義人・口座番号7桁」（通帳見開き下部に記載）を記入ください。