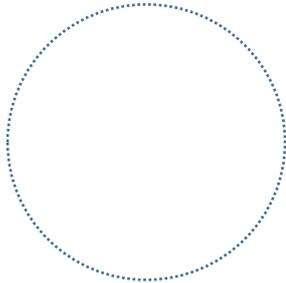


(宛先) 広島市長

申請者(受診者) フリガナ

受付印



氏名

生年月日 年 月 日

住所 〒 -

広島市 区

電話番号

日中連絡のつく番号をご記入ください。

広島市初回産科受診料助成申請書(請求書)

市販の妊娠検査薬で陽性を確認し、初回の産科受診を行いましたので、関係書類を添えて、次のとおり費用の助成を申請します。助成金は次の口座に振り込んでください。なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を広島市が行うことを承諾します。

受診医療機関名	(初回産科受診日 年 月 日)
自己負担額 保険診療・妊婦健診外	円 助成額は自己負担額と助成上限額(10,000円)のうち、少ない額

振込先 * 振込先の口座名義人と、申請者(受診者)氏名は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行 金庫		店 所	記入機関コード				店番コード		
	組合 農協									
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号							
フリガナ 口座名義人	()									
同意事項	<input type="checkbox"/> 本事業の決定の審査にあたり、市が申請者本人または申請者が属する世帯員の情報や世帯の住民税課税状況等、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出来ない場合は、市が求める必要書類等を提出すること。 <input type="checkbox"/> 産科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。 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査に係る費用、保険診療分は助成対象外であること。 <input type="checkbox"/> 対象者に関する要件を欠いたとき、偽りその他の不正行為により助成金の交付を受けたときには、助成の決定を取り消し、既に交付された当該助成金の全部又は一部を返還すること。									
確認事項	<input type="checkbox"/> 同意事項の調査・確認内容については、申請者本人または申請者が属する世帯員から承諾を得ていること。									
該当時チェック	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯と同等の所得状況にあるため、必要書類を添えて申請します。									

【添付書類】 医療機関発行の初回産科受診時の領収書及び明細書のコピー(紛失時は初回産科受診料に関する証明書)

申請者名義の振込口座の口座番号が分かるもののコピー

(該当者のみ) 被保護者証明書の写し(生活保護受給世帯に属する方)

申請者の属する世帯の課税状況がわかる書類: 1~6月末までに初回受診した場合は受診した前年の1月1日現在、7~12月末までに初回受診した場合は受診した年の1月1日現在において広島市に住民登録がない場合

初回受診日の属する年の1月以降の任意の月の収入(1か月分)が分かる書類(世帯全員分)

広島市記入欄 : ()年度 住民税非課税世帯・生活保護受給世帯・住民税非課税世帯と同等の所得水準・住民税課税世帯
 税情報(. . . 確認、確認: 区)、母子健康手帳番号:
 承認(助成額: 円)・不承認()