

様式第1号（第4条関係）

登米市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

（あて先）登米市長

申請年月日： 年 月 日

※下記の太枠内にご記入し、当てはまるものに☑をしてください。

(フリガナ) 申請者（妊婦）氏名		生年月日				
		年	月 日			
住所		〒 登米市				
		電話番号 - -				
初回産科受診日	年 月 日	受診産科医療機関名				
申請額	受診額（領収書の額） (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A)と(B)でいずれか少ない額			
	円	10,000円	円			
申請理由	<input type="checkbox"/> 1 非課税世帯であるため <input type="checkbox"/> 2 非課税世帯と同等の所得水準であるため					
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所	種別	普通・ ( )
	フリガナ 口座名義		口座 番号			
同意欄	登米市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱の規定より、事業の利用について、下記の事項に同意の上、申請します。 <input type="checkbox"/> 所得判定のため、公簿等により世帯、所得、課税等の状況を調査すること及び公簿等による確認ができない場合は、他市町村に記載内容の確認を行い、又は、関係書類の提出を求めることに同意します。 <input type="checkbox"/> 妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と市町村が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業、学校等	備考	

※振込口座は妊婦自身の名義に限ります。

添付書類

- 初回産科医療機関受診に係る領収書及び診療明細書の写し
- 妊娠したことがわかるもの（妊娠証明又は出産予定日等が記載された書類）
- 助成金振込口座の通帳又はキャッシュカードの写し
- 市町村民税課税基準日に登米市以外に住民登録があった方は課税状況を確認できる証明書
  - ※申請日が1月1日～6月30日の場合で、前年の1月1日に登米市に住民票がない方
  - ※申請日が7月1日～12月31日の場合で、その年の1月1日に登米市に住民票がない方
- 申請理由2については、非課税世帯と同等の所得水準であることの申立書（様式第2号）
- 申請理由2について、収入が減少したことにより非課税世帯と同等の所得水準であることを理由に申請する場合には、簡易な所得見込額の計算書（様式第3号）

\* 登米市記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定日	年 月 日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯（うち <input type="checkbox"/> 非課税世帯と同等の所得水準の世帯）		
担当者欄			

担当者氏名 \_\_\_\_\_