

日付は空欄でお願いします。

初回産科受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

観音寺市長 殿

申請者	氏名
	現住所 観音寺市
	連絡先 ()

初回産科受診料助成金の給付を受けたいので、観音寺市初回産科受診料給付等事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

赤太枠内を記載してください。

1. 申請・請求額等

受診日	支払い額	申請額（上限1万円）
年 月 日	円	円

※担当者記入欄 住民税非課税世帯 ()

2. 振込先金融機関口座

金融機関名	支店名	分類	口座番号（右づめ）	フリガナ 口座名義人
銀行 農協 信金 信組 その他	本店 支店 出張所	普通 当座		

〈添付書類〉

- 妊娠判定のための受診費用の領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関等名が記載されたもの）
- 振込先金融機関の口座が確認できる書類
- 対象者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し
- 世帯全員の住民税の課税状況が分かる書類（1月1日現在で市内に住所を有しない者のみ）

【同意・誓約事項】

- 給付金の対象者の審査のため、市が世帯全員の住民税の課税状況の確認を行うことに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。
- 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果等）について、相互に確認・共有することに同意します。
- この申請書は、市において給付決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
- 市が給付決定をした後、申請書兼請求書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が定める期限までに市が申請・請求者に連絡、確認ができない場合は、市は、当該申請が取り下げられたものとみなします。
- 給付金の給付後、申請・請求者がその要件に該当しないことが判明したときは、給付金を返還します。