

様式第1号(第4条関係)

初回産科受診料償還払申請書兼同意書

年 月 日

西海市長 様

申請者 氏名 _____

住所 西海市 町 番地 _____

連絡先 - - _____

低所得の妊婦に対する初回産科受診料等支援事業実施要綱第4条に基づき、受診料の償還払を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

対象者	(フリガナ)		申請者との関係				
	氏 名		生年月日		年 月 日		
			連絡先		— —		
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要					
医療 機関	名称		受診日		年 月 日		
	住所		連絡先				
	請求金額	円					
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・組合 ※ゆうちょ銀行の場合は下記にご記入ください		本店・支店 本所・支所・出張所			
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号			
	口座名義人	(フリガナ)					
		氏名					
	ゆうちょ銀行	普通 ・ 貯蓄 ・ その他					
		口座番号	記号			番号	1
口座名義人		(フリガナ)					
	氏名						

1. 本事業に必要な情報を医療機関に提供すること及び受診医療機関から西海市に受診結果等の情報提供をすることに同意します。

2. 本事業利用の審査のため、世帯全員の市町村民税課税状況及び住民基本台帳についての公簿等を閲覧することに同意します。

3. 西海市より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けることに同意します。

年 月 日 対象者自署 _____

【添付書類】

- ・医療機関が発行した初回産科受診に要した費用の領収書(妊娠判定に伴う検査がわかるものの写し)
- ・振込先を指定する口座が確認できる書類(通帳又はキャッシュカードの写し)
- ・本人確認書類(免許証等の写し)
- ・生活保護受給証明書(生活保護を受けている方のみ)
- ・課税状況が確認できる証明書(妊娠判定検査を受診した年の1月1日時点で西海市以外に住民票があった方のみ)