

第1号様式（第4条関係）

三浦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兼請求書

年 月 日

三 浦 市 長

三浦市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付を下記のとおり申請します。

1 申請・請求者（妊娠した方）（※）申請者本人が手書きしない場合は、記名捺印してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名	(※)		
住 所	〒 - 三浦市 電話 ()		
申請理由 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯、生活保護受給世帯と同等の所得水準		
受診した 医療機関		受診日	年 月 日
初回産科 受診料	円	請求金額	円 ※ただし上限額 10,000 円
確認後 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 他の自治体で同種の給付金等の受給を受けていません。 <input type="checkbox"/> 助成金支払事務に当たり、三浦市が必要な調査をすることに同意します。 <input type="checkbox"/> 申請に虚偽、その他不正な行為等があった場合は、助成金の全部又は一部の返還に同意します。		

2. 振込口座（申請・請求者の口座）

金融機関名		本・支店名	本・支店
		店番号	
口座種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

【三浦市処理欄】

- 領収書・明細書
- 妊娠判明が分かる書類 ()
- 通帳・カードのコピー

<該当者のみ>

- 生活保護受給者証
- 非課税世帯であることが分かる書類（1月1日時点で三浦市以外の在住）