第１号様式（第５条関係）

※未記入でお願いします

伊奈町妊婦初回産科受診料助成金交付申請書

年　　　　月　　　　日

（宛先）

伊奈町長

　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所　伊奈町中央五丁目１７９番地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　０４８－７２０－５０００

伊奈町妊婦初回産科受診料助成金交付要綱第５条の規定に基づき、次のとおり申請します。

１．初回産科受診

|  |  |
| --- | --- |
| 受診日 | 令和○年　　　1月　　1日 |
| 受診結果 | 妊娠している　・　妊娠していない |
| 受診前の妊娠検査薬使用の有無 | なし　・　あり（検査結果　　陽性 ・ 陰性 ） |
| 医療機関等の名称 | 伊奈レディースクリニック |
| 受診費用 | 10,000　　　　　　　　円 |

２．交付申請額　　　　金　　　　　　　　　　円　　　（上限額1万円）

３．誓約・同意事項

※未記入でお願いします

|  |
| --- |
| 下記事項を確認し、□に✓を入れてください。  　□初回産科受診欄にある受診日は、今回の妊娠にあたり初めて医療機関等に受診したものです。  　□当該申請にあたり、住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。  　□住民票上の世帯に限らず、生計を同じくする者からの経済的援助は受けられません。  　□妊娠期から育児期までにおいて、町から必要な支援を受けることに同意します。  　□妊婦健康診査を受診した医療機関等の関係機関と町が必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診確認や家庭の状況等を含む。）を共有することに同意します。  上記の件について、同意します。　　　　　　申請者　　　　　　　伊奈　町子 |

【添付書類】

１．初回産科受診に係る医療機関等が発行する領収書及び明細書

２．住民登録が１月１日時点において、町内に住所を有していない場合は、世帯全員の市町村民税非課税証明書。

３．生活保護受給者証の写し（生活保護を受給している場合のみ）