

伊丹市低所得の妊婦に対する初回産科受診料償還申請書兼請求書

伊丹市長 様

伊丹市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業要綱の規定に基づき、関係書類を添えて申請及び請求をします。

なお、申請にあたり、以下のことに同意します。

- ・本申請の審査に必要な範囲で、申請者の属する世帯の住民票及び地方税関係情報の確認を行うこと。
- ・伊丹市が受診医療機関等と支援に必要な申請者の情報（受診結果、受診状況等）を共有すること。

申請・請求日 年 月 日

申請者 (対象者)	住所	〒	生年月日	年 月 日	
			電話番号		
	ガフナリ				
	氏名				

※本人が自署しない場合は記名押印してください。

受診医療機関名		受診日	年 月 日
受診結果	妊娠している（正常妊娠・子宮外妊娠・その他（ ））・妊娠していない		
確認事項	同一妊娠期間に係る妊娠判定について、初回産科受診料の助成を受けていません。→ ☐ （確認できない場合申請できません。）		
世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)	世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)
世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)	世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)
世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)	世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)

振込口座	金融機関名		銀行・農協 信金・信組	支店名	支店番号
	普通 当座 その他	口座番号		フリガナ 口座名義人	

請求金額（※妊娠判定に要した検査等の費用）

円

・上限1万円

（口座名義人が申請者本人ではない場合）

私は、上記名義人に低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の受け取りを委任します。

年 月 日 申請者氏名（自署）

< 受付職員記載欄 >

本人確認 写真付き1点、その他2点	住基確認		※償還払い		受付職員
	世帯員	課税状況	原本	※委任欄自署	
住基あり・住基なし		非課税・課税	☐ 領収書 ☐ 明細書		

※住基なしの場合理由必要 ※世帯員本人の自署 ※課税の場合申請不可 ※2点そろわない場合原則申請不可 ※本人名義ではない場合

がなければ証明書要