

様式第 1 (第 4 条関係)

岩倉市低所得妊婦の初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者 住 所
(受診者) 氏 名
電話番号

岩倉市低所得妊婦の初回産科受診料助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求をします。

1 基本情報

氏 名	生年月日		年 月 日 (歳)		
検 査	<input type="checkbox"/> 医療機関受診にあたり、市販の妊娠検査薬で陽性を確認している。				
課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
世帯構成	氏 名	続柄	生年月日	職業	備考

2 助成対象費用及び申請額

助成対象費用 (保険外診療で行った妊娠判定検査に係る費用)	円
申請額 (助成対象費用又は 10,000 円のいずれか少ない額)	円
助成決定金額 (岩倉市記載欄)	円

3 口座情報

金融機関名	支店名	種目	口座番号	フリガナ	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		口座名義人 (申請者と同じ)	

4 同意欄 ※各項目にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 受診医療機関と市が私の支援に必要な情報を共有することに同意します。
<input type="checkbox"/> 本事業利用の審査のため、住民基本台帳で私の世帯の市民税課税状況に関する情報を市が閲覧することについて同意します。

〈添付書類〉

- 初回産科受診費用 (妊娠判定に要した費用) の領収書 (原本) 及び診療明細書
- 振込口座が確認できる書類 本人確認書類 (運転免許証、マイナンバーカード等)
- 課税証明書 (申請する年の 1 月 1 日時点で岩倉市以外に住民登録がある人のみ提出してください。)

様式第2（第5条関係）

第 年 月 日
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市低所得妊婦の初回産科受診料助成承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市低所得妊婦の初回産科受診料の助成については、下記のとおり助成することを決定しましたので通知します。

記

1 助成決定額 金 円

様式第3（第5条関係）

第 年 月 日
年 月 日

様

岩倉市長

岩倉市低所得妊婦の初回産科受診料助成不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のありました岩倉市低所得妊婦の初回産科受診料の助成については、審査の結果、下記の理由により不承認としましたので通知します。

記

1 不承認の理由