

様式第1号（第4条関係）

（表）

桶川市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

桶川市長

桶川市初回産科受診料助成金について、裏面の【誓約・同意事項】に誓約及び同意の上、申請及び請求します。

1 申請・請求者

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
現住所	桶川市	
日中連絡先		
1月1日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)		

2 世帯構成員の状況

氏名	続柄	生年月日	1月1日時点の住所地 (現住所と異なる場合のみ記載)

3 請求金額

受診日	自己負担額 (A)	上限額 (B)	請求金額 (A・Bどちらか少ない額)
年 月 日	円	10,000 円	円

4 振込口座（申請・請求者の口座とします。）

金融機関名	銀行 信用金庫 ( )	支店名	支店 ( )
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

裏面も必ず御確認ください。

(裏)

**【誓約・同意事項】**

桶川市初回産科受診料の助成を希望する場合は、

下記の全ての項目を確認し、□にチェック“レ”してください。

記

次の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約及び同意します。

- ① 産科医療機関を受診し、医師による妊娠判定を受けました。
- ② この申請の審査に当たり、住民基本台帳及び世帯の住民税課税状況を確認することに同意します。
- ③ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行うため、桶川市と産科医療機関が支援に必要な情報を共有することに同意します。
- ④ 偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。

誓約・同意事項の内容に相違ありません。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請・請求者氏名 \_\_\_\_\_

添付書類

- 1 妊娠判定のための初回産科受診時の領収書及び診療明細書
- 2 住民登録が1月1日時点で桶川市以外にある場合、住民税課税状況を記載した証明書
- 3 本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）の写し等
- 4 振込口座を確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）の写し等