

様式第1号（第6条関係）

低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金交付請求書

年 月 日

亀山市長 様

請求者 住 所 亀山市
フリガナ
氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

電話番号 ()

次のとおり、初回産科受診しましたので、誓約・同意の上、申請します。

1 請求額 _____ 円

2 初回産科受診結果 ※太枠の中を記入してください。

受診日	受診結果	医療機関等	受診料金	助成額
年 月 日	妊娠している 妊娠していない		円	円

3 振込先 ※請求者が口座名義人のもの

振込先	銀 行 農 協 信用金庫		支店 支所
	普通	口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		

4 誓約・同意事項 ※各項目のチェック欄（□）に『レ』を入れてください。

☐ 初回産科受診結果にある受診日は、初めて医療機関等に受診したものであり、妊婦健康診査を受けていません。

☐ 所得判定のため、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。

☐ 妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と市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。

備考

- 1 医療機関等が発行する領収書及び明細書を添付する。（写し不可）
- 2 振込先は初回産科受診した本人が口座名義人のものとする。
- 3 亀山市で世帯の課税状況が確認できない場合は、同等の所得水準と確認できる書類を添付する。