

## 芦屋市初回産科受診費用助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

芦屋市長 あて

下記のとおり、初回産科受診費用の助成を申請します。  
交付決定された助成金については下記の口座に振り込んでください。  
私は、申請にあたり、審査のため妊婦の属する世帯全員の課税状況を閲覧すること、必要な場合のみ、芦屋市と医療機関が支援を提供するために必要な受診状況や家庭の状況等を共有することに同意します。  
→  同意しました。

## 上記同意欄に☑のうえ、太枠内をご記入ください。

申請者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	住所	〒659- 芦屋市			
	電話番号				
	メールアドレス	@			
世帯構成	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	職業
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
請求金額内訳					
受診日	受診に要した費用 (A)	助成金上限額 (B)	請求額 (A・Bどちらか少ない額)		
年 月 日	円	10,000円	円		
振込み金融機関					
金融機関番号( )			銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店・支店・出張所 店番号( )	
種別	1.普通 2.当座	口座 番号		フリガナ	
				口座名義人	
旧姓名義の場合は☑してください。 <input type="checkbox"/>					

## ※口座名義人欄に、妊産婦氏名以外を記入する場合

委任状					
私は、上記口座名義人に初回産科受診費用助成金の受取を委任いたします。					
令和 年 月 日			妊産婦氏名 (印)		

注)この申請書には、以下の書類を添付してください。

- 医療機関が発行する初回の産科受診料の領収書及び診療明細書の原本
- 助成金の振込を希望する金融機関の通帳等カナ名義及び口座番号が確認できるものの写し
- 世帯の課税状況を確認できない場合は、世帯全員の所得を証明する書類(市民税・県民税所得課税証明書、非課税証明書など)

## &lt;職員記載欄&gt;

支給決定額	円	支給決定	可 否	交付決定日(請求日)	令和 年 月 日
-------	---	------	-----	------------	----------