

第1号様式（第4条関係）

蒲郡市妊婦に対する初回産科受診料支援事業助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

蒲郡市長 様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	氏名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	
	現住所	〒		
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他		
	母子健康手帳交付日	年 月 日	母子健康手帳番号	
初回産科受診日 (妊娠判定検査実施日)	年 月 日	初回産科受診料の額 (妊娠の判定費用)		円
受診医療機関名				

助成金の支給を希望の方は、ご希望の振込方法を1～3の中からお選び下さい。

- 1 妊娠応援ギフトの口座に振込む
- 2 児童手当の振込先口座に振込む（公務員の方は対象外です。）
- 3 下記の口座に振込む（裏面に通帳の写し等の添付をお願いします。）

振込先	フリガナ	種目	口座番号
	口座名義人		
信用金庫 信用組合 銀行 店 農協 漁信		普通	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状（別紙）が必要になります。

- 以下の事項について、同意します。
- ・申請者の属する世帯の個人住民税の課税台帳情報を閲覧すること。
 - ・申請に虚偽の内容がある場合、返金すること。
 - ・申請書の不備による振込不能等で支払いが完了せず、期限までに申請者に連絡確認できない場合には、当該申請が取り下げられたものとみなすこと。
 - ・妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報（妊娠状況や妊婦健康診査受診状況等）について、必要に応じて相互に確認・共有すること。