

別記様式（第4条関係）

白山市初回産科受診料支援事業申請書

年 月 日

(宛先) 白山市長

申請者 住 所 白山市
 氏 名 ㊞
 (口座名義人と同一)
 電話番号 — —
 対象者との関係 (続柄)

白山市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第4条の規定により、初回産科受診料の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請の審査に必要な範囲で、住民登録及び同一世帯の課税状況の確認を行うこと、受診医療機関等の関係機関と市が支援に必要な情報を確認・共有することに同意します。

※は記入しないでください。

対 象 者 ※申請者と同一の場合 は記載不要	フリガナ 氏名			
	住所	白山市		
受 診 日	年 月 日			
受診医療機関				
助成申請額	円	※助成決定額 (助成限度額 10,000 円)	円	

	氏 名	続柄	生年月日	※税務課確認欄	
				課 税	非課税
そ の 他 家 族	世帯主		・ ・	課 税	非課税
			・ ・	課 税	非課税
			・ ・	課 税	非課税
			・ ・	課 税	非課税
			・ ・	課 税	非課税

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行・金庫・農協 店							
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人 (申請者と同一)								

【添付書類】

- 1 医療機関が発行した妊娠判定に要した受診費用の領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日、医療機関名、検査項目等が記載されたもの）
- 2 振込先金融機関名、本支店名、口座番号、口座名義人の分かるもの
- 3 本人確認のできる身分証明書（申請者と対象者が異なる場合は両方）の写しまたは窓口での提示
- 4 住民登録が1月1日時点で白山市以外にある場合は、課税状況を記載した証明書