

様式第1号（第5条関係）

江南市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

江南市長

申請者 住所
氏名
電話番号

江南市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付を次のとおり申請します。
また、助成金は下記口座に振り込んでください。

対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	課税状況	市県民税非課税 ・ 生活保護世帯 ・ その他（ ）			
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
医療機関	受診医療機関名				
	受診日	妊娠判定検査に要した費用（※）	助成金申請額（上限10,000円）		
	年 月 日	円	円		
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協			本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義（フリガナ）※申請者と同じ		（ ）		
確認事項	本申請の初回産科受診料について、今年度江南市又は他の自治体（都道府県、市町村）で助成を受けていますか。 はい（助成金を受けた自治体： 今回 回目） ・ いいえ				
本事業利用審査のため、住民基本台帳及び対象者の属する世帯の課税状況及び生活保護受給状況を閲覧すること並びに江南市と医療機関等の関係機関が情報を共有し提供する必要な支援を受けることに同意します。 年 月 日 申請者氏名					

※妊娠判定検査…医療機関において保険外診療で行った妊娠判定に要する問診、診察、超音波検査及び尿検査
注) 太枠の中をご記入ください。

申請受理年月日	(交付・不交付) 決定年月日
助成番号	

- (添付書類) 1. 医療機関が発行する妊娠届出書の写し 2. 妊娠判定検査に係る領収書（診療明細書を含む）
3. 住民登録が1月1日時点で江南市以外にある場合、課税状況を記載した証明書
4. 生活保護世帯に属する場合、生活保護受給証明書

◎ 申請の際に、本人確認ができるもの、口座情報が確認できるものをお持ちください。