

様式第1号（第5条関係）

伊那市妊娠判定に関する初回産科受診料補助金申請書（実績報告書）兼請求書

年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者 住所
 （妊婦）氏名
 電話番号

次のとおり、伊那市妊娠判定に関する初回産科受診料補助金の交付を申請します。

なお、この申請に当たり、事務担当職員が、世帯構成並びに申請者及び世帯員が納付すべき市税及び分担金、使用料その他の歳入の納付状況を確認すること並びに支援のために医療機関等と情報共有することに同意します。

妊婦氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 () 歳
出産予定年月日	年 月 日	医療機関等 受診年月日	年 月 日
受診医療機関等	(名称) (県外の場合は所在地)		
交付申請額 (請求額)	初回の産科受診に要した妊 娠判定検査の費用(A)	助成限度額 (B)	交付申請(請求)額 AとBのいずれか少ない額
	円	10,000円	円
世帯構成員 の状況	氏名	妊婦との続柄	氏名
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	(ふりがな) 口座名義人		

添付書類

- (1) 初回の産科受診の際に医療機関等から発行された領収書及び明細書の写し
- (2) 初回の産科受診の際に発行された妊娠届出書
- (3) 世帯員全員分の所得証明書（最新の所得を証明するもの）※伊那市分は、不要
- (4) 申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写し（通帳表紙裏の見開きのコピーなど）