

別記様式（第5条関係）

掛川市初回産科受診料助成申請書兼請求書

令和 年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり、初回産科受診料費用の助成を申請します。

受 給 者	ふりがな 氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日
	受 診 日	令和 年 月 日
	医療機関名	
	受診料額 (医療保険外)	円

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所
	口座種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

提出書類

- 初回産科受診に要した費用に係る領収書（原本）

同意事項

私は、初回産科受診料助成申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。

- (1) 本事業の決定の診査にあたり、市が申請者及びその配偶者の所得情報や妊娠検査の情報等、事務処理に必要な情報を調査すること。また、必要な情報が調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等[※]を提出すること。
- (2) 受診医療機関等の関係機関と市が必要に応じて、支援に必要な情報を共有すること。

※ 1～6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月末までに申請する方は申請する年の1月1日現在において掛川市に住民記録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。