

男鹿市初回産科受診料助成金 交付申請書兼請求書

（宛名） 男 鹿 市 長

男鹿市初回産科受診料助成金を次のとおり申請します。

申請者		申請日	年 月 日	
フリガナ		生年月日	年 月 日	
氏名				
現住所	〒			
電話番号				
申請理由	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
世帯構成員の状況	名前	生年月日	続柄	職業
初回産科受診日	年 月 日	受診医療機関名		
母子手帳交付日	年 月 日			
助成申請額	円 (助成限度額10,000円。保険診療分は対象外です。)			

振込先

「申請者」名義に限る

金融機関名	支店名	分類
1.銀行 3.組合 2.金庫 4.農協	本・支店 本・支所 出張所	普通 ・ 当座
口座番号	口座名義（カタカナ）	

誓約・同意事項

各項目を確認の上、□に✓を記入し申請してください。

- (1) 初回産科受診日と申請日において男鹿市（以下「市」という。）に住所があります。
- (2) 今回の妊娠において、他自治体から初回産科受診に関する助成金等の交付を受けていません。
- (3) 助成金の交付要件の該当性等を審査等するため、市が世帯全員の課税状況等を含む必要な公簿等の確認を行うことや、必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
- (4) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- (5) 市が交付決定した後、申請書の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市が別に定めた申請期限日までに市が申請者に連絡・確認できない場合、助成金が交付されないことに同意します。
- (6) 助成金の交付後、交付要件に該当しないことが判明した場合には、助成金を返還します。
- (7) 今後における必要な支援のために、市、医療機関等が把握した情報（妊婦健康診査受診状況、家族状況、伴走型相談支援等で活用するアンケート結果や支援プランの内容等）を、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

振込先金融機関口座確認書類 写し添付箇所

※振込先口座の金融機関名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードのコピーを付けてください。

添付書類

- ① 妊娠判定検査に要した費用がわかる医療機関が発行した領収書の写しと明細書の写し（保険診療外分）
- ② 課税証明書（1月1日時点で男鹿市に住民登録がなかった方のみ）