

様式第 1 号（第 5 条関係）

高梁市妊婦初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

高梁市長 殿

フリガナ 氏 名		生年 月 日	年 月 日
現 住 所	〒		
妊 娠 届 出 年 月 日	年 月 日届出 母子手帳 NO. ()		
自 己 負 担 合 計	円		
助 成 申 請 額	円 (上限 10,000 円)		

私が請求する初回産科受診費用について、下記指定口座への振込を依頼します。

振込先口座	金 融 機 関 名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所								
		金融機関コード				支店番号				
	預 金 種 別	普通 ・ 当座								
	口 座 番 号									
	フリガナ									
	口 座 名 義 人									
依頼人（申請者）氏名 ㊞										

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名 ㊞

※裏面あり

【誓約・同意事項】※該当する項目に☑を入れてください。

必要に応じて、妊婦健診の受診医療機関等の関係機関と高梁市が、支援に必要な情報を共有することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ
世帯の課税状況について確認することに同意しますか。	☐ はい ☐ いいえ

【提出書類】

- ☐妊婦健診を受けた医療機関が発行する医療費の領収証（原本）及び診療明細書
- ☐妊娠が確認できる妊娠届または母子健康手帳の表紙の写し
- ☐振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）

※ 市 記 入 欄	課税状況	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯	
	本人確認	☐ 免許証 ☐ 健康保険証 ☐ その他（ ）	
	決 定 年 月 日	年 月 日	承認・不承認