

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、世帯の課税状況や納付状況を確認すること、支援のために関係機関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)	健診(検査)費用額 (A)	助成限度額 (B)	交付申請(請求)額 AとBでいずれか少ない額
	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

- ※医療機関等が発行した受診に関する領収書及び明細書の写し
- ※医療機関等が発行した妊娠届出書
- ※転入者については、前住所地の所得証明書（転入した世帯全員分）
- ※振込先口座の名義人・口座番号などがわかる通帳のページのコピー
 （通帳の表紙や見開き（ゆうちょ）など）