様式第１号

高松市初回産科受診料助成申請書兼請求書

（宛先）高松市長

申請日　令和　　年　　月　　日

○ **申請者(受診者) ※下記に記載の同意事項を御確認の上、自署又は記名･押印をしてください。（自署の場合、押印は不要です。）**

フリガナ			生年月日	年　月　日
氏　名	印			
住　所	高松市			
電話番号	日中連絡のつく番号を御記入ください。			
受診産科医療機関名		初回産科受診日	令和　年　月　日	
自己負担額	円　助成額は自己負担額と助成上限額(10,000円)のうち、少ない額			

高松市初回産科受診料助成金の給付を受けたいので、下記に記載の事項に同意し、必要書類を添えて申請します。
給付の決定がされたときは、下の表に記載の口座へ振り込んでください。

<同意事項>	□ 本事業の決定の審査にあたり、**市が申請者及び申請者と同一の世帯に属する世帯員(別世帯であって、申請者と同一生計の場合を含む。) の情報や世帯の住民税課税状況等、事務処理に必要な情報を調査すること。また、当該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。** □ 産科医療機関等の関係機関と市が、必要に応じて相互に情報を確認･共有すること。 □ 妊婦健康診査に係る費用、保険診療分は助成対象外であること。 □ 対象者に関する要件を欠いたとき、偽りその他の不正行為により助成金の交付を受けたときには、助成の決定を取り消し、既に給付された当該助成金の全部又は一部を返還すること。
<確認事項>	□ 同意事項の調査･内容確認については、申請者又は申請者が属する世帯員から承諾を得ていること。
<該当時チェック>	□ 住民税非課税世帯と同等の所得状況にあるため、必要書類を添えて申請します。

〇添付書類

【共通】
□ 医療機関発行の初回産科受診時の領収書及び明細書のコピー(紛失時は初回産科受診料に関する証明書)
□ 申請者名義の振込先口座番号がわかる通帳等の写し

【該当者のみ】
□ 被保護者証明書の写し(生活保護受給世帯に属する方)
□ 申請者の属する世帯の課税状況がわかる書類(下記1月1日現在において高松市に住民登録がない方)
・初回受診が1～6月末の場合→受診した前年の1月1日
・初回受診が7～12月末の場合→受診した年の1月1日
□ 初回受診日の属する年の1月以降の任意の月の収入(1か月分)がわかる書類(世帯全員分)

〇給付金振込先　※振込口座は、申請者本人名義の口座としてください。

金融機関	金融機関ｺｰﾄﾞ	□銀行 □信金 □信組 □信連 □農協 □労金 □信漁連	
店番号 (支店ｺｰﾄﾞ)		店舗名	□本店 □支所 □支店 □出張所
預金区分（下の数字を記入） 1．普通 2．当座		口座番号 右詰め	※ 旧姓名義の口座に振り込みを希望する場合は、旧姓を確認することのできる書類を添付してください。
口座名義 カタカナ			

【高松市使用欄】　(　　)年度　□住民税非課税世帯　□生活保護受給世帯　□住民税非課税世帯と同等の所得水準

承認	助成額　円	不承認		母子健康手帳番号	

次の書類を添付して、受診日から１年以内にご提出ください。

①【医療機関発行の初回産科受診時の領収書及び明細書のコピー　（写し貼り付け又は同封）

※領収書及び明細書を紛失した場合は初回産科受診料に関する証明書を添付してください。

②【振込先金融機関口座確認書類】　（写し貼り付け又は同封）

※写しは、金融機関名、口座番号及び口座名義人がわかるようにして下さい。

金融機関名、口座番号、口座名義人がわかる通帳、キャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し