

江東区長 殿

江東区妊婦初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書



江東区妊婦初回産科受診料助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり助成金の交付を申請及び請求します。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
申請者氏名 (受診者本人)	印		
住 所	〒	電 話 番 号	()
認 定 要 件	以下の該当項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 (添付書類) ・住民票の写し ・母子健康手帳 (交付されている方) ・妊娠判定時の領収書及び検査項目が分かる書類の写し ・世帯員全員の非課税証明書 (申請した年の1月1日時点で江東区に住民登録がある場合は不要) <input type="checkbox"/> 生活保護受給者または支援給付を受けている者 (添付書類) ・住民票の写し ・母子健康手帳 (交付されている方) ・妊娠判定時の領収書及び検査項目が分かる書類の写し ・生活保護受給証明書 ・支援給付受給証明書 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯と同等の所得水準にある方 (添付書類) ・住民票の写し ・母子健康手帳 (交付されている方) ・妊娠判定時の領収書及び検査項目が分かる書類の写し ・申述書及び受診月の前月から過去1年で任意の月の収入が分かる書類		
同 意 事 項	以下の内容に同意します。 <input type="checkbox"/> 世帯の課税状況を確認すること <input type="checkbox"/> 必要に応じて、妊婦健診の未受診、家庭の状況等、支援に必要な情報を医療機関等と区が共有すること <div style="text-align: right;">署名 _____</div>		
受診医療機関名		出 産 (予 定) 日	年 月 日
受 診 費 用		助 成 金 請 求 額 (上限10,000円)	円

金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所	
	金融機関コード		支店コード	
	預 金 種 目	1 普通 2 当座	口 座 番 号	
フリガナ				申請者との関係
口 座 名 義 人 *				

*口座名義人が申請者以外又は旧姓である場合は下欄の委任状にも記入・押印が必要です。

委任状 私は、江東区妊婦初回産科受診料助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。 年 月 日 申請者 (受診者) 氏名 印
--

(区使用欄)

税	住記	認定要件	必要書類	同意事項
		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯と同等の所得水準にある方		