

様式第5号（第7条関係）

四條畷市長 様

年 月 日

四條畷市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業申請書兼請求書

四條畷市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

- 1 助成金の交付申請をするにあたり、下記5項目に同意します。
(同意する場合は□に✓を記入してください。)

(1) 市が助成の適否を判断するため、世帯の課税状況を確認すること。	☐
(2) 妊婦健診の受診医療機関等と市が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健診受診回数や家庭の状況等）を共有すること。	☐
(3) 初回産科受診前に妊娠検査薬等で陽性を確認したこと。	☐
(4) 必要に応じて市からの支援を受ける入れること。	☐
(5) 請求内容に虚偽又は瑕疵が発覚した場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還すること。	☐

2 申請及び請求内容

フリガナ 申請者氏名 (検査を受ける本人)		電話番号	※昼間に連絡可能な番号 TEL: ()
申請者住所 (住民票上の住所)	〒 -		
検査実施機関		検査実施 年月日	
請求金額			

3 振込先（申請者名義の口座になります。）

金融機関名		銀行・信用金庫 農業協同組合・信用組合		支店
預金種別	1 普通預金 2 当座預金			
口座番号				
ふりがな 口座名義				

《添付書類》

医療機関が発行した初回産科受診に要した費用の領収書
※検査を実施した医療機関等において、妊婦初回産科受診証明書
(裏面)を記載のこと

※保健センター記入欄

面談日： 年 月 日

面談者：

妊婦初回産科受診証明書

検査を実施した医療機関等において記載してください。

対象妊婦	住所	四條畷市
	氏名	
検査実施年月日		年 月 日
検査内容		★実施した項目にチェックしてください。 ☐ 問診（生活環境、既往歴等） ☐ 体重・血圧測定 ☐ 尿検査(蛋白・糖) ☐ 血液検査 ☐ 超音波検査
診察の所見 (妊婦健診の未受診及び家庭状況等を含む。)		☐ 支援不要 ☐ 支援必要（必要な場合は主たる理由も記入） 主たる理由
検査に要した費用		円

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

所 在 地

医療機関名

印