

様式第1（第5条関係）

知立市初回産科受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

知立市長あて

下記により、初回産科受診料助成金の交付を申請します。

なお、審査にあたり、私の属する世帯の構成員の課税状況等について貴市が調査し、及び必要な支援のために貴市が医療機関と情報共有をすることについて同意します。

記

申請者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	知立市				
	電話番号					
	妊娠判定検査を希望した理由	1. 妊娠の兆候があったため （月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など） 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応が出たため 3. その他（ ）				
課税状況	市町村民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 ・ その他（ ）					
申請者の属する世帯の構成員	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
		本人				

助成金の交付が決定した際は、初回産科受診料助成金を下記の口座に振り込んでください。

申請（請求）額	判定費用が10,000円以上の場合10,000円 判定費用が10,000円未満の場合は判定費用と同額	円
金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店 支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号