

大阪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

大阪市長様

年 月 日

関係書類を添えて次のとおり大阪市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業を申請します。
なお、申請にあたり本事業実施要綱を遵守することについて、同意します。

1 申請者（受診者）

申請者（受診者）	フリガナ		生年月日	
	氏名		電話番号	
	住所			
世帯構成員の状況	氏名	生年月日	続柄	住所（申請者と異なる場合）
	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			

2 初回産科受診結果

受診年月日	受診結果
年 月 日	☐ 妊娠している ☐ 妊娠していない →申請対象外です
医療機関等	自己負担額（医療保険外）
	円

市記入欄		
助成対象額	助成限度額	助成金額
A	B	AとBを比較して少ない方の金額
円	10,000円	円
助成金額 計		円

3 振込先 ※振込先の口座名義人と、申請者の名前は必ず一致させてください。

金融機関名	銀行 金庫 農協	支店・出張所名	本店 支店 出張所	金融機関コード				金融機関コード				
預金種別	普通・当座		(フリガナ) 口座名義人	()								
口座番号												右づめで記入してください

4 税情報確認、情報提供等に関する同意事項

大阪市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業申請にあたり、次に掲げる各事項について同意します

☐ 本事業の決定の審査にあたり、市が申請者及び配偶者を含む世帯全員の課税台帳の閲覧等事務処理に必要な情報を調査すること。ただし、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

☐ 上記調査を行うことについて、世帯全員から承諾を得ていること

☐ 必要に応じて受診医療機関等の関係機関と市が、支援に必要な情報を共有すること

※1～6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月までに申請する方は申請する年の1月1日現在において大阪市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、本申請書及び添付書類とともに、居住地の区保健福祉センターに提出してください。

注1）太線の中をご記入下さい。
注2）訂正は「＝（二重線）」で訂正し、訂正箇所に署名してください。

（添付書類）
☐ 受診医療機関が発行する領収書・明細書等