

※書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第1号（第5条関係）

佐久市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼実績報告書

(申請先) 佐久市長

日付空欄 日

佐久市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。なお、本申請に当たり、私の世帯の課税状況及び住民基本台帳の記録状況を確認すること並びに妊婦健康診査を受託する医療機関等を含む関係機関と市が、支援に必要な情報を共有することについて、同意します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名		電話番号	()
	住所	〒		
	受診日	年 月 日	妊娠届出日	年 月 日
医療機関の名称及び所在地		(名称) (所在地)		
受診料 a		交付限度額 b		助成額 (aとbを比較し低い方の額)
未記入				円

(添付書類)

- ア 初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書及び明細書
- イ 住民税非課税世帯と当該世帯と同等の所得水準と確認できる書類（市で世帯の課税状況が確認できない場合に限る。）
- ウ その他市長が必要と認める書類

※書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第3号（第7条関係）

日付空欄 日

佐久市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付請求書

（請求先）佐久市長

請求者（受診者）	〒	—
住 所		
氏 名		
生年月日	年	月 日

未記入

号で交付決定兼確

定のあった佐久市低所得世帯の妊婦に対する初回産科受診料助成金を下記のとおり請求します。

記

- 1 助成金確定額 **未記入** 円
- 2 助成金請求額 **未記入** 円

3 助成金振込先

フリガナ						
口座名義人						
金融機関名				支店名		
口座番号						(左詰め記入)

※請求者と口座名義人は同じ方をお願いします。
異なる場合は、別途委任状が必要です。