令和　　年　　月　　日

（宛先）室蘭市長

住所

申請者

氏名

室蘭市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援給付金申請書兼同意書

室蘭市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業に係る給付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、私の世帯の住民票及び課税台帳について、申請に必要な範囲において室蘭市が閲覧すること及び室蘭市が必要に応じて、妊婦健康診査を実施する産科医療機関等の関係機関と情報（妊婦健康診査の未受診の状況や母子等の健康状況、家庭の状況等を含む。）を共有することに同意します。

記

ふりがな 氏名		
住所	（〒　　－　　） 室蘭市	
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日	
電話番号		
受診費用	円	
申請額 ※上限１万円	円	
所得要件	□市町村民税均等割が非課税　　□当該年の所得が減少	
下記の口座に振込みを依頼します		
	銀行・金庫・信用組合	本店・支店
口座番号		□普通　□当座
（フリガナ） 口座名義		

【添付書類】

□世帯全員の住民票の写し及び所得を明らかにすることができる書類（公簿等によって確認できる場合を除く）

□簡易な収入見込額の申立書（所得要件が「当該年の所得が減少」に該当する場合のみ）

□世帯全員の生活保護の保護証明書の写し（所得要件が「生活保護受給」に該当する場合のみ）

□妊娠判定に要した受診費用の領収書及び診療明細書

□妊娠届出書の写し（妊娠届出書が交付された場合のみ）

□預金通帳又はキャッシュカードの写し