

大牟田市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付申請書

大牟田市長 殿

年 月 日

郵便番号 〒 —

(申請者) 住 所

フリガナ ()

氏 名

電話番号

私は、大牟田市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付要綱の規定により、補助金の交付を申請します。また次の①～④に同意します。

- ①大牟田市がこの申請に基づく補助金の交付決定に当たり、受診結果や支払状況について、医療機関又は助産所に照会すること。
- ②必要に応じて、大牟田市が医療機関又は助産所等の関係機関と、支援に必要な情報(妊婦健康診査の受診の状況や家庭の状況等を含む)を共有すること。
- ③妊娠届を提出すること。
- ④大牟田市が世帯の住民税の課税状況を確認すること。

受診年月日	年 月 日
-------	-------

自己負担額	円 ①
補助金申請額	円 ①の額が10,000円以上の場合は10,000円、 ①の額が10,000円未満の場合は①の額

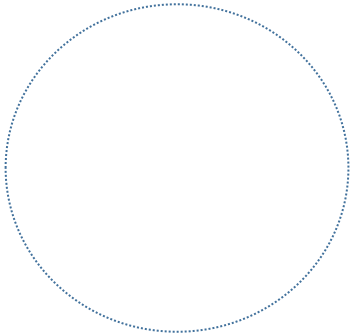
受診医療機関・助産所名	所在地	電話番号

【添付書類】

- (1) 受診した産科医療機関等が発行した領収証書
- (2) 受診した産科医療機関等が発行した、受診日並びにその内容及び結果の記載がある書類
- (3) 妊娠届出書
- (4) 受診日が1月から6月であり、申請者又はその他の世帯員が、受診日が属する年の前年の1月1日現在の住所が本市以外の市区町村である場合、若しくは受診日が7月から12月であり、受診日が属する年の1月1日現在の住所が本市以外の市区町村である場合には、当該市区町村長が発行した世帯全員分の課税証明書
- (5) 生活保護を受給している方は福祉事務所長が発行した生活保護証明書

※領収書を紛失した場合は、裏面の各項目について受診した医療機関又は助産所に記入を依頼してください。

市民税非課税確認	職員確認欄
	☐



以下の項目は、領収書を紛失した場合にのみご記入ください。

※ 書類の作成料が発生する場合は本人負担となり、この補助金の対象とはなりません。

初回産科受診実施状況

受診者	郵便番号	
	現住所	
	フリガナ	
	氏 名	
	電話番号	

医療機関・助産所の皆様へ

下記の項目につきましては、大牟田市低所得者の妊婦に対する初回産科受診料補助金の交付申請において、

初回産科受診の領収書を紛失している場合に必要となります。

申請者から依頼がありました際に、ご記入いただきますようお願いいたします。

※問合せ先

〒836-8666 福岡県大牟田市有明町2丁目3番地（保健センター1階）
大牟田市役所 子ども家庭課 母子保健担当
TEL (0944)41-2661

医療機関・助産所記入欄	医療機関コード	
	医療機関・助産所の所在地	
	医療機関・助産所の名称	
	医療機関・助産所の長の氏名と印	印
	電話番号	
	受診年月日	領収金額 (保険適用外分)
	年 月 日	円