

戸田市初回産科受診料助成事業利用申請書

年 月 日

(宛先)
戸田市長

申請者 住所 _____

氏名 ふりがな _____ 続柄 ()

電話 _____

※日中連絡が取れる電話番号を記載してください。

戸田市低所得妊婦の初回産科受診料助成事業実施要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

なお、下記の同意事項に同意し、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を戸田市が行うことを承諾します。

| | | | |
|-------------|------|--|----------|
| 受診する本人 | ふりがな | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | _____ |
| | 氏名 | | _____ |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒 戸田市 |
| | 電話 | | _____ |
| | 生年月日 | _____年 _____月 _____日 | |
| 受診予定の医療機関 | | _____ | |
| 初回受診を希望する理由 | | <input type="checkbox"/> 一般妊娠検査薬で陽性反応が出たため (_____年 _____月 _____日) | |

<同意事項>

- 本事業の決定の審査にあたり、市が申請者本人または申請者が属する世帯員の情報や世帯の住民税課税状況等、事務処理に必要な情報を調査すること。また、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を提出すること。
- 産科医療機関等の関係機関と市が、妊婦健康診査の受診状況等や支援に必要な情報を共有すること。
- 妊娠期から育児期までにおける必要な支援を受けること。
- 保険診療分、妊婦健康診査に係る費用、文書料、診断書料、紹介状料は助成対象外であること。
- 虚偽、その他不正な手段により助成金を受給した場合は、助成金の全部又は一部を返還すること。

-----市記入欄（以下の欄は記入しないでください。）-----

| |
|--|
| 申請判定 |
| <input type="checkbox"/> 市内に住所を有している <input type="checkbox"/> 承認（1：生活保護世帯 2：市区町村民税非課税世帯 3：その他（ _____ ）） <input type="checkbox"/> 不承認 |