（R7.4）

A

初回産科受診費用助成申請書

年　　月　　日

（あて先）長 岡 市 長　様

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、交付決定された助成金については下記の振込先に振り込んでください。

なお、下記について同意します。

○ 助成を受けるにあたり必要があるときは長岡市が住民基本台帳情報及び税情報、医療機関等に確認を行うこと

○ 妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と長岡市が、必要に応じて、支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診や、家庭の状況等を含む）を共有すること

※太枠内を記入してください。訂正する場合、砂消しゴム・修正テープ（液）は使用できません。
必ず＝線で訂正し、印鑑を押してください。

申請者（妊婦本人）	フリガナ		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	氏　名			
	住　所	〒　　昼間の連絡先電話番号　　（　　）		
該当理由	該当するものに☑してください。 □　市民税非課税世帯 □　市民税非課税世帯と同等の所得水準に該当する（申立書必要）			
振込先	金融機関名	銀行、信金、農協 信組、労金		本店・営業部 支店・出張所
	金融機関コード（数字４ケタ）	※ゆうちょ銀行は記載不要	店番号（数字３ケタ）	※ゆうちょ銀行は記載不要
	預 金 種 別	普 通　　当 座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人（申請者名義）			

※基準日：産科受診時の住所（長岡市に住所を有する）・世帯・課税状況
市民税非課税世帯と同等の所得水準の基準日はご相談ください。
※原則申請者の口座になります。申請者以外の口座の場合、委任状が必要です。

添付書類（添付したものにチェック☑してください。）

- □　受診時の領収書及び診療明細書　**※原本（後日返却します）**
- □　「母子健康手帳」の表紙の写しまたは「妊娠の診断、出産予定日の決定及び健康状態の把握を行ったことがわかる書類（エコー写真や医師の妊娠証明等）」の写し
- □　振込先金融機関の通帳又はキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し（口座番号等確認用）
  ※申請者と振込先口座の名義が異なる場合、委任状が必要です。
- □　市民全非課税世帯と同等の所得水準に該当する場合
  - ・「簡易な収入・所得見込額の申立書（B）」と収入・控除のわかる書類
  - ・場合によっては「低所得妊婦の初回産科受診費用助成申立書（C）」

※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

---------- 以下長岡市記入欄 ----------

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしいでしょうか。

所　長	副所長	係　長	係	
				起案　・　・
				決裁　・　・

受付

1　該当要件（市民税非課税・同等の水準）を満たしている・満たしていない

2　助成する・助成しない

3　助成決定額　＿＿＿＿＿＿円

支出命令番号										
							―			

（長岡市記入欄）

1　該当要件

□　市民税非課税世帯
□　市民税非課税世帯と同等の所得水準（(B)、場合により（C）添付）
□　該当要件満たさない⇒助成しない（以下記入不要）

2　受診状況

回	受診年月日	自己負担額 （保険診療＋保険診療外）	うち対象となる額
1	年　　月　　日	円	円
2	年　　月　　日	円	円
3	年　　月　　日	円	円
		計	円

3　助成額（上限 10,000 円）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円