

笠岡市低所得者初回産科受診料助成申請書

年 月 日

笠岡市長 様

初回産科受診料の助成を受けたいので、笠岡市低所得者に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、審査にあたり、住民基本台帳及び世帯の課税状況について調査を行うことを承諾します。

申請者 (受診者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	印		
	住所	〒 笠岡市		電話番号
受診(予定) の医療機関	医療機関名		受診(予定)日	年 月 日
	所在地			
世帯 構 成 員 の 状 況	氏名	申請者との続柄	1月1日時点の住所 (上記住所と異なる場合のみ記入)	
		本人		

- 添付書類 本人確認書類
 (1月1日時点で笠岡市以外に住民登録のあった場合) 1月1日時点で住所のあった市町村で発行した住民税課税証明書又は生活保護受給証明書
 (既に産科を受診している場合) 医療機関の発行する領収書及び明細書

申請前に、簡易検査を行い、陽性であることを確認しました。
 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した状況について、必要に応じて相互に確認、共有することに同意します。

署名 _____
 署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

市記入欄	世帯の状況	年 月	年度 日現在	課税世帯 生活保護受給世帯	非課税世帯	確認者