

尼崎市初回産科受診料還付申請書



尼 崎 市 長 宛

関係書類を添えて次のとおり初回産科受診料支援事業助成券を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- 住民基本台帳等により世帯情報を確認すること
- 必要な場合尼崎市と医療機関が支援を提供するために必要な受診状況や家庭の状況等を共有すること

※世帯全員の所得を証明する書類を省略する場合

- 世帯の課税状況を確認すること

申請年月日		年 月 日	※妊婦が未成年の方の場合は、「申請者」欄に法定代理人の氏名等を記入してください。			
申請者氏名	フリガナ		生 年 月 日			
	氏 名	※氏名変更予定のある方は、新氏名 []	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒	電話 ()			
妊婦情報： <input type="checkbox"/> 申請者と同じ → <u>申請者と異なる場合のみ、下記色網掛け内にご記入ください。</u>						
妊婦氏名	フリガナ		生 年 月 日			
	氏 名	※氏名変更予定のある方は、新氏名 []	年 月 日 (歳)			
	住 所	〒 尼崎市	電話 ()			
初回産科受診日	年 月 日	初回産科受診医療機関				
初回産科受診料の額	円 (上限10,000円、妊婦健康診査の費用は含まない)					
経済状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()					
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	(店番)	本店 支店 営業所	委任欄 (妊婦以外の口座に振込を希望する場合のみ記入してください) 左記口座名義人を代理人と定め、上記請求により尼崎市から支給される初回産科受診費用相当額を受領することを委任します。 委任者 (妊婦) 【本人署名】氏名： _____ 代理人 (口座名義人)： _____ 委任者 (妊婦) との続柄： <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	預金種別	普通 当座 貯蓄 その他				
	口座番号					
	フリガナ					
	口座名義人					

<職員記載欄>

受付時記載欄	<input type="checkbox"/> 本人 (妊婦) 確認書類の確認	
	年齢確認	<input type="checkbox"/> 成人 (18歳以上)
		<input type="checkbox"/> 未成年 (17歳以下) → <input type="checkbox"/> 法定代理人記載 <input type="checkbox"/> その他 (下記状況確認欄へ記載)
	状況確認欄	
	<input type="checkbox"/> 振込先口座の確認	
	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書のコピー	
	<input type="checkbox"/> 転入・転出 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 世帯の課税状況の確認	
<input type="checkbox"/> 妊娠届出日 (年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 受付担当者 ()		

受 給 資 格 審 査			
受給者番号	審査結果	支給決定日	担当者確認欄
	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 → <input type="checkbox"/> 課税状況 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日	

支給決定額
円