

初回産科受診費用助成券交付申請書

受付印

三田市長 あて

下記のとおり、関係書類を添えて、初回産科受診費用助成券の交付を申請します。

添付書類

(1) 世帯調査

(2) 対象妊婦と同一世帯全員の所得を証明する書類

(世帯全員の所得を証明する書類※ (市民税・県民税所得課税証明書、非課税証明書など)

※注釈1：6月までの場合は一昨年度分、7月以降の場合は前年度分のもの。

※注釈2：賦課期日に三田市に住所がある人で、下記にて課税状況の確認の同意をされる場合は、提出を省略できる場合があります。

【賦課期日】申請日が6月までの場合は、前年1月1日現在。7月からの場合は、当年1月1日現在。

【注意】本事業は医療機関に受診する前の方が対象です。

★太枠内のみ記入または☑してください。

申請年月日	令和 年 月 日	助成券受取 (申請者のサイン)	
(フリガナ)		申請者生年月日	
申請者氏名	(続柄：) ※氏名変更予定のある方は、新氏名 []	昭和・平成 年 月 日	
申請者住所	〒 - 三田市	電話 () 携帯 ()	
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>			
(フリガナ)		妊婦生年月日	
妊婦氏名	※氏名変更予定のある方は、新氏名 []	昭和・平成 年 月 日	
妊婦住所	〒669- 三田市	電話 () 携帯 ()	
妊娠について	<input type="checkbox"/> 医療機関で妊娠判定を受けていない 【必須】 <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した <input type="checkbox"/> 妊娠の兆候がある (症状：)	【いずれか1つ】	
経済状況	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()		
受診予定の医療機関名	() ・ 未定		
私は、申請にあたり、審査のため世帯全員の課税状況を閲覧すること、必要な場合のみ、三田市と医療機関が支援を提供するために必要な当該妊婦の受診状況や家庭の状況等を共有することに同意します。 → <input type="checkbox"/> 同意しました。 ※☑を入れて下さい。同意がない場合は、申請できません。			

<職員記載欄>

助成券交付	該当・非該当 (理由：)
発行助成券番号	
※申請者が妊産婦でない場合の確認 (写真付きでないものは2点必要)	マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ その他 ()