

豊中市初回産科受診支援事業申込書兼同意書【償還払い用】

(あて先)豊中市長

私は、豊中市初回産科受診支援事業実施要綱第9条に基づき、関係書類を添えて申し込みます。 なお、申し込みにあたり、住民基本台帳の情報及び世帯全員の課税状況について市職員が確認すること (※)、妊娠判定のために受診した医療機関と市が、必要に応じて支援に必要な情報(診察結果や妊娠確 定後の受診状況、家庭の状況等を含む)を共有することに同意します。 また、以下の申し込み内容について、相違がないことを誓約します。 (※)DV等の支援措置を受けている方は、世帯全員の課税状況の確認についての同意は必要ありません。	同意する場合 ☒
私は、本人を含む世帯全員が非課税であること、また、受診した検査が保険適用外であることを確認の 上、申し込みます。	確認済 ☒

受診者 (対象者)	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名		電話番号				
	住所	〒					
受診医療機関			受診年月日	年 月 日			
世帯 構 成 員 の 状 況	氏名		続柄	氏名		続柄	
	①			④			
	②			⑤			
	③			⑥			
振込 に 関 する 情 報	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	種別 (該当に○印)	普通		当座	
	支店名	本店 支店 出張所	口座番号 (左詰めで記入)				
	口座名義 (受診者と同じ・カタカナで記入)		申込金額 (保険診療分を除く)	円			
申込日		年 月 日					
申込者と受診者(対象者)との関係 (該当に○印・本人以外の場合は続柄を記入)		1. 本人		2. 本人以外()			

- ・受診者(対象者)本人以外の方が申し込みする場合は、以下の委任状に記入が必要です。
- ・保健師等がご本人宛に連絡することがあります。



委任状			
私(受診者)は、本件にかかる申し込みを以下の者に委任します。			
氏名		電話番号	
住所	〒		

【確認事項】

保険診療分の自己負担額は助成の対象ではありません。 申込期限は、医療機関受診日の翌年度の6月末日までです。

【添付が必要な書類】

- DV等の理由で受診者(対象者)が申込日時時点で豊中市に住所を有していない場合は、居住の事実が確認できるもの(賃貸借契約書、電気・ガス・水道等の領収証等)
1. に該当する方または受診日の属する年度の前年度の1月1日時点で豊中市に居住していない方は、受診日の属する年度(4月から6月までの場合にあっては前年度)の世帯全員の市区町村民税非課税証明書(本市において課税状況が確認できないため)
- 受診時の領収書及び診療内容がわかる書類
- 助成金振込口座の通帳の写し ※ 表紙をめくった1ページめのコピーまたはキャッシュカードのコピー(振込口座の金融機関名、支店名、口座の種類、口座番号、名義が確認できるもの)