

新居浜市妊娠判定受診料助成金交付申請書

新居浜市長 殿

申請者 住所

氏名

電話番号

受診者との関係（ ）

新居浜市妊娠判定受診料助成金交付要綱第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

助成金の交付申請をするに当たり住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について調査を行うことに同意します。

必要に応じて医療機関等と情報連携をすることに同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
住 所	〒			
世帯構成員 の状況	氏 名	受診者との 続柄	市民税賦課期日である 1月1日時点の住所	
補助申請額	受診日	判定に要した額 (A)	補助限度額 (B)	申請額 (A)と(B)で いずれか少ない額
	年 月 日	円	10,000円	円

申請は、医療機関受診日から6か月以内に限りします。

添付書類

- 1 妊娠判定のための受診費用の領収書（氏名、診療年月日、医療機関等名、妊娠判定のための受診であることが記載されたもの）
- 2 金融機関の口座が分かる書類の写し
- 3 課税状況を記載した証明書（住民登録が市民税の賦課期日である1月1日時点で新居浜市以外にある場合に限る。）

※ 受診者以外の方が申請、請求等の手続きを行う場合は、下記委任状に記入と押印が必要です。

委 任 状

私は、新居浜市妊娠判定受診料補助金交付に係る申請、請求等の手続き及び受領を下記の者に委任します。

住所 _____ 氏名 _____

受診者との関係（ ）

年 月 日 受診者氏名（署名） _____