様式第４号（第７条関係）

　　年　　月　　日

赤穂市長 宛

初回産科受診料支援事業申請書兼請求書

赤穂市初回産科受診料支援事業実施要綱第７条に基づき、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ　申請者氏名（受診した本人） |  | 電話番号 | ※昼間に連絡可能な電話番号TEL:　 　　(　　　)　  |
| 申請者住所（住民票上の住所） | 〒　　－ |
| 受診医療機関等 |  |
| 受診年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| ※受診に要した費用証明欄（受診医療機関等において記載してください。） |
| 受診に要した費用証明書金　　　　　　　　　円（上限　１０，０００円）受診に要した費用は上記のとおりであることを証明します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　 |

※受診に要した費用について下記の振込先に入金願います。

なお、その振込をもって事業が承認通知されたものと了承します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先 | 金融機関の名称 |  |  |  |  |  | 銀行・農協金庫・信用組合 |  |  |  |  | 支店・支所出張所 |
| 銀行等の場合 | 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 預金種目 | １　普通２　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行の場合 | 金融機関コード | 9 | 9 | 0 | 0 | 店名（漢数字） |  |  |  | 店 |
| 預金種目 | １　普通２　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナで記載） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※振込先口座は申請者名義と同じ口座名義のものとしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 請求金額は下記のとおりです。　　　　　請求金額　　　金　　　　　　　　　　円　（上限１０，０００円） |
| 【添付書類】受診費用に係る領収書（原本）　**※**上記「受診に要した費用証明欄」に記載のない場合のみ |

|  |
| --- |
| 同意欄 |
| 1. 所得の状況を確認するため、市が公簿等により世帯の課税状況を確認すること。
2. 市と市が妊婦健康診査を委託する産科医療機関等とが、必要に応じて、当該妊婦に対する支援に

必要な情報（妊婦健康診査の受診状況、家庭の状況等を含む。）を共有すること。上記①、②に同意します。　　　　　署名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（裏面）

|  |
| --- |
| 初回産科受診報告書 |
| 初回産科受診に係る診療を実施した医療機関等において記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象妊婦 | 住所 | 赤穂市 |
| 氏名 |  |
| 診療年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 妊娠の判定に要した 診療の内容 | ★実施した項目にチェックしてください。* 問診 (生活環境、既往歴等）
* 尿検査(蛋白・糖)
* 血液検査
* 超音波検査
* その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 診察の所見 | * 支援不要
* 要支援（要支援の場合は主たる理由も記入）

主たる理由 |

診療内容等は上記のとおりであることを報告します。年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　赤穂市長　宛 |