第1号様式　　年　　月　　日

新宿区初回産科受診料助成金申請書

新宿区長あて

申請額　　円

新宿区初回産科受診料を助成金として申請します。

申請者記入欄（太枠内を記入）			
フリガナ		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
申請者氏名 （妊婦ご本人）			
住所	電話		
認定要件	以下に該当する方は、チェックをお願いいたします。		
	□住民税非課税世帯　□生活保護世帯　□ 中国残留邦人等の円滑な帰国の推進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯		
	自己負担額の決定のため、住民税の確認が必要な場合は、区が所得状況、生活保護受給情報、中国残留邦人等支援法の支援給付受給情報及び住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で調査することに同意します。		
	氏名		
	※転入者等で非課税を証明するものの提示がない場合は、住民税均等割・所得割とも課税世帯とみなします。		

振込先				
	口座振替指定金融機関	金融機関コード(　　)　銀行 信用金庫 信用組合	支店番号(　　)　本店 支店 出張所	
	口座種別	1普通　2当座	口座番号（右づめで記入）	
	フリガナ		＊旧姓の口座を指定するときは以下に氏名の記入をお願いします。 振込先口座は私の旧姓の口座に間違いありません。	
	＊口座名義		氏名	

＊口座名義欄に申請者以外を指定する場合は下欄の委任状にもご記入が必要です。

委任状

私は、助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。　　年　　月　　日

申請者（妊婦）氏名

産科の受診について		区審査欄及び備考
受診日	自己負担金額 （保険適用分を除く）	
月　　日	円	

区職員記入欄		窓口・郵送	年　月　日受理
助成限度額計	10,000 円	整理番号	
自己負担額	円	区民日	年　月　日
助成決定額	円	転出日	年　月　日