別記
第１号様式（第５条関係）

大田区低所得世帯妊婦初回産科受診費用助成申請書

（宛先）大田区長　　年　　月　　日

下記のとおり大田区低所得世帯妊婦初回産科受診費用助成を申請します。
なお、住民基本台帳による所得状況及び世帯状況を大田区が調査することや、関係機関へ照会することについて、同意します。また、助成金は、下記口座に振り込んでください。

記

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>※氏 名</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒　　－　　電話　　（　　）
大田区</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>受診先医療機関名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受診先医療機関所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>受診年月日</td><td>妊娠届出日</td><td>出産予定日</td><td colspan="2">妊婦面接日</td></tr>
<tr><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td>年　月　日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関への支払金額</td><td colspan="3">※助成金申請額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td colspan="3">円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">振込口座</td><td>金融機関</td><td>銀　行
信用金庫
信用組合</td><td>支店
出張所</td><td>金融機関コード</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>店番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>預金種目
（○で囲む。）</td><td>普通 ・ 当座</td><td>※口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>口座名義（カナ）</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>※口座名義</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

- 申請書内の※部分は訂正できません。
- 対象者が未成年者の場合、親権者が申請することができます。この場合において、「振込口座」欄には、親権者の口座を記載してください。

健康づくり課処理欄	助成決定額　　円（　　年　　月　　日　決定）