

年 月 日

（あて先）高山市長

（申請者） 住所
ふりがな
氏名
生年月日
電話番号

高山市初回産科受診費補助金交付申請書

次のとおり、高山市初回産科受診費補助金の交付を申請します。

初回産科受診日	年 月 日
受診医療機関名	
受診医療機関住所	
産科医療機関受診の理由	<input type="checkbox"/> 妊娠の兆候があったため （月経がとまった、つわりがある、基礎体温が高温など） <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応が確認されたため <input type="checkbox"/> その他（ ）
申請額	円
同意事項	高山市が補助の決定を行うために必要な次の事項について同意します。 <input type="checkbox"/> 所得判定のため、住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 受診医療機関等の関係機関と市が必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健診診査の受診状況、家庭の状況等）を共有することに同意します。

（添付書類）

医療機関が発行する領収書・明細書