

様式第1号（第5条関係）

低所得者の初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

常陸大宮市長 様

低所得者の初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、常陸大宮市低所得者の初回産科受診料支援事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。なお、交付決定を受けたときは、当該助成金について請求しますので、指定口座に振り込んでください。

1 申請内容

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
受診日	年 月 日	受診医療機関名			
受診料	円	助成金申請額	円		

2 指定口座

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別	当座 普通
口座番号				
フリガナ				
口座名義				

3 世帯状況及び同意事項 ※各項目のチェック欄（□）に「レ」を入れて下さい。

世帯状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他
同意事項	<input type="checkbox"/> 市が、私の属する世帯の課税状況を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査の受診医療機関等と市が、必要に応じて、私の支援に必要な情報(妊婦健康診査の未受診の確認、家庭の状況等を含む。)を共有することに同意します。

4 添付書類

- (1) 領収書等の妊娠判定検査に要した費用の支払いが確認できる書類
- (2) 世帯全員の課税状況が確認できる書類（非課税証明書等）  
※市が課税情報を確認できる場合は提出不要
- (3) その他市長が必要と認める書類

様式第2号（第6条関係）

低所得者の初回産科受診料助成金交付（不交付）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

常陸大宮市長

年 月 日付け申請のあった低所得者の初回産科受診料助成金について、常陸大宮市低所得者の初回産科受診料支援事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

交付決定  
交付決定額

円

不交付決定  
理由

様式第3号（第7条関係）

低所得者の初回産科受診料助成金交付決定取消通知書

第 号  
年 月 日

様

常陸大宮市長

年 月 日付け 第 号で交付決定した低所得者の初回産科受診料助成金について、下記のとおり全部（一部）を取り消したので、常陸大宮市低所得者の初回産科受診料支援事業実施要綱第7条第2項の規定により通知します。

なお、当該助成金が既に交付されているときは、下記のとおり返還ください。

記

- 1 助成金の取消額 金 円
- 2 取消理由
- 3 助成金の返還額 金 円
- 4 助成金の返還期限 年 月 日