

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助成金交付要綱第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 氏名	フリガナ			生年 月日	年　月　日
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 振込口座

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(妊娠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