

様式第1号（第5条関係）

ひたちなか市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成申請書兼請求書

年 月 日

ひたちなか市長 様

ひたちなか市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成事業実施要綱第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 氏名		生年 月日	年 月 日
受診日	年 月 日	受診医療 機関名		
受診費用	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"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <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等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等が確認できる書類（市町村民税非課税世帯証明書、生活保護受給証明書等）※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