

様式第1号（第7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 殿

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7条の規定により次のとおり申請します。

なお、初回産科受診費用助成金の交付の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	年 月 日
	氏名		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"/> 住民税非課税世帯 <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"/> 市と妊婦健康診査を受ける医療機関等の関係機関が、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) 領収書その他の妊娠判定検査に要した費用を確認することができる書類
- (2) 非課税世帯証明書その他の世帯全員の課税状況を確認することができる書類（※市が課税状況を確認することが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