

別記第1号様式（第5条関係）

下松市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

年 月 日

下松市長様

下松市補助金等の交付に関する規則第4条及び下松市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要綱第5条の規定により、下記の誓約・同意事項を確認し、必要書類を添えて下松市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付について、次のとおり申請します。

申請者 (受診者)	住所	下松市
	氏名	
	電話番号	

受診医療機関			
産科受診日	年 月 日		
分娩予定日	年 月 日		
申請額内訳	費用 (A)	助成限度額 (B)	申請額 (A・Bどちらか少ない額)
	円	10,000円	円

なお、交付に当たっては、下記の口座に振込みをお願いします。

金融機関名	銀行・金庫		本店・支店・本所			
	農協・漁協		店番			
預金種別	1 普通	2 その他 ()	口座番号			
口座名義人	カナ					
	漢字					

※振込先の口座名義が申請者と異なる場合

委任状	
年 月 日	私は、上記に係る助成金の受領を下記の者に委任します。
(住所) _____	(氏名) _____

【誓約・同意事項】 下記を確認し、すべてに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 保健師又は助産師による面談を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/> 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状況や家族の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と市が情報共有を行うことに同意します。
<input type="checkbox"/> 偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。
※☑がない場合は、助成できないことがあります。

【主管課確認方法】

(本人確認方法) マイナンバーカード 運転免許証 パスポート その他 ()

確認 年 月 日

【添付書類】

- 1 初回産科受診をした医療機関等が発行する領収書及び明細書
- 2 市町村民税非課税世帯と同等の所得水準であることが確認できる書類（市で世帯の課税状況が確認できない場合に限る。）
- 3 妊娠届出書

	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	備考
同居親族	本人					

同意事項	<p>申請者（自署）_____は、下松市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付の申請に当たり、次の事項に同意します。</p> <p>1 私及び世帯員の_____年度分市町村民税課税資料を、資格確認のため職員が閲覧することに同意します。（世帯員全員が記入（自署）してください。）</p> <p>(1) 世帯員氏名_____</p> <p>(2) 世帯員氏名_____</p> <p>(3) 世帯員氏名_____</p> <p>(4) 世帯員氏名_____</p> <p>2 妊婦健康診査を実施する医療機関等を含む関係機関と市とが、支援に必要な情報を共有すること。</p>
------	---