

様式第1号（第5条関係）

豊明市低所得妊婦初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

豊明市長 殿

申請者
住所
氏名
電話

妊婦初回産科受診料等の助成について、豊明市低所得妊婦初回産科受診料助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請及び請求します。

記

1 基本事項

住所			妊娠判定日	年 月 日
氏名			生年月日	年 月 日
世帯 構成	氏名	続柄	生年月日	職業

2 対象経費及び申請額

対象経費	円
申請額（対象経費又は10,000円のうち少ない額）	円

3 口座情報

金融機関名		支店名						
口座種別		口座番号						
フリガナ 口座名義人								

4 同意欄

(1) 所得判定のために、市が世帯の課税状況を確認することに同意します。

(2) 受診医療機関等と市が、申請者の支援に必要な情報を共有することに同意します。

年 月 日 申請者氏名 _____