

宇土市長 様

申請者 住所
(フリガナ)
氏名
電話番号

宇土市初回産科受診費助成申請書

宇土市低所得妊婦初回産科受診費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名		生年月日 年 月 日
	住所		
受診医療機関名			
初回産科受診日	年 月 日		
初回産科受診費の額 (妊婦健診費用を除く自己負担相当額)	円	助成申請額 (上限10,000円)	円

振込先 ※申請者と同一の口座名義人のものとする。

金融機関名	銀行	本店
	金庫	支店
	農協	支所
	組合	出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
(フリガナ)		
口座名義人		

同意事項 ※各項目に『』を入れてください。

<input type="checkbox"/> 所得判定のため、市が住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。
<input type="checkbox"/> 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要な場合には、市町村、医療機関等の関係機関が把握した情報を共有することに同意します。

添付書類

- (1) 医療機関等が発行する領収書の写し
- (2) 市町村民税が非課税である世帯に属すること、又は同等の所得水準にあることを証する書類 (証明すべき事実を市が公簿等で確認できる場合を除く。)