

狛江市長 宛て

申請者 住所

氏名 続柄（ ）

電話番号

狛江市初回産科受診費用助成金交付申請書

狛江市初回産科受診費用助成金交付要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

(ふりがな) 妊婦氏名		生年月日		住所		電話番号	
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
受診日	年 月 日			出産予定日	年 月 日・未定		
受診先 医療機関	名称	住所			電話番号		
受診費用(a)		限度額(b)		助成額(aとbのうち低い額)			
円		10,000 円		円			

振込口座は、妊婦本人の名義にしてください。

金融機関名	銀行		本店					
	信用金庫		支店					
	農協		出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義								

申請に必要な書類を添付の上、にチェックを入れてください。

- 受診先の医療機関が発行した対象診査受診日の領収書
- 要綱第2条各号のいずれかに該当することを証する書類

()

私は、市が助成金の交付に係る審査において必要がある場合には、私が受診した医療機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすること、及び、市が保有する課税情報、生活保護法・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律に基づく支援に係る情報、住民基本台帳その他審査に必要な情報を市職員が閲覧することに同意します。

年 月 日 署名