

霧島市長 中重 真一 様

霧島市低所得妊婦初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

霧島市低所得妊婦初回産科受診費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (対象者)	フリガナ			電話番号
	氏名			
	住所	〒		生年月日
受診医療機関名	受診年月日	初回受診費用の額(妊婦健康診査費用を除く自己負担相当額)		助成申請額 (上限 10,000 円)
	年 月 日	円		円
振込先	銀行 農業協同組合 信用金庫 ()			本店 支店
	種別	口座番号		口座名義人(カタカナ)
	普通・当座			
※口座名義が申請者と異なる場合 申請者署名 (又は記名押印)				
上記、助成金の受領に関することを次の者に委任します。 申請者の氏名 _____ 受任者 住所 _____ 氏名 _____ 生年月日 _____ 申請者との続柄: _____				

【同意事項】 下記事項を確認し、全てに☑を入れてください。(対象者が未成年の場合はその保護者)

<input type="checkbox"/> 市長が、対象者が属する世帯の課税状況等について、調査・確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 市が、妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援に必要な情報（妊婦健診や世帯の状況を含む）を、関係機関と共有することに同意します。 <input type="checkbox"/> 保健師や助産師等による面談等を受けることに同意します。 ※☑がない場合は、助成できないことがあります。

【添付書類】

- (1) 初回産科受診費用に係る領収書の写し
- (2) 助成金の振込先の口座情報を証明する書類等の写し
- (3) 住民登録が、この申請をする日の属する年の1月1日時点で霧島市外にあった場合は、世帯全員の市町村民税非課税証明書