

霧島市長 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	
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。 <u>申請者の氏名</u>					
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)

- 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。
- 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。
- 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