

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				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