

伊豆の国市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

住 所
申請者 氏 名 ㊞
電話番号
メールアドレス

伊豆の国市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成を受けたいので、関係書類を添えて申請し、及び請求します。

1 申請（請求）金額

円

2 振替先口座

金融機関名	銀行・農協 金庫・組合		支店・営業部 店・出張所						
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号						
フリガナ									
口座名義人									

3 申請者の属する世帯状況

世帯構成員の氏名	続柄	生年月日	住所（申請者と異なる場合）

4 添付書類

- ☐ 初回産科受診料がわかる領収書及び明細書
- ☐ 住民票（市が住民基本台帳を閲覧することに同意しない場合に限る。）
- ☐ 世帯全員分の市町村民税非課税証明書（市が世帯全員の課税状況を調査することに同意しない場合に限る。）
- ☐ その他市長が必要と認める書類

5 同意事項

伊豆の国市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成を申請するに当たり、次の事項について、同意します。

- ☐ 市が申請者の住所を確認するため、住民基本台帳を閲覧すること。
- ☐ 市が申請者及び配偶者を含む世帯全員の課税状況を調査すること及びその調査を行うことについて、世帯全員から承諾を得ていること。
- ☐ 必要に応じて妊婦健康診査の受診医療機関及び助産所等の関係機関と市が、支援に必要な情報を共有すること。