

別 記
様式第 1 号 (第 4 条関係)

守山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

令和 年 月 日

守 山 市 長

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

守山市低所得妊婦初回産科受診費用助成金の交付を受けたいので、別添資料を添えて下記のとおり申請します。また、助成金の交付決定のために、市職員が対象者の属する世帯全員の住民基本台帳および市町村民税課税状況を確認することならびに受診医療機関等の関係機関と支援に必要な情報を共有することに同意します。

対象者	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所	守山市		
	電話番号			
世帯の状況	氏 名	続柄	生年月日	備考
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
課税状況	市町村民税非課税世帯 ・ 生保世帯 ・ その他 ()			
受診医療 機関等	医療機関等名			
	住 所			
	電話番号			
助成申請額	受診年月日	令和 年 月 日		
	妊娠検査に 要した費用	円		
	助成金申請額	円		
振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本・支店名	本店・代理店 支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ)			
	口座名義人			