

様式第1号（第5条関係）

取手市長 殿

取手市低所得の妊婦等に対する初回産科受診費用助成申請書 兼 請求書

取手市低所得の妊婦等に対する初回産科受診費用助成要綱の規定に基づく助成金の給付を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定により関係書類を添えて申請し、及び請求します。

1 申請内容

フリガナ		申請日	年 月 日
氏 名		生年月日	
住 所	〒 ー 取手市		
電話番号			
受診日	年 月 日	受診医療機関	
受診費用	円	助成金申請額 (請求額)	円 受診費用又は10,000円のいずれか低い額

2 世帯の状況等

該当するチェック欄 (□) に✓チェックしてください			
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> その他
年度中の申請回数	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	

3 同意事項

同意事項		同意欄 (✓チェックしてください)
(注) チェックできない項目がある場合は申請できません。		
1	市が、私の属する世帯の課税状況等を確認することに同意します。	
2	市及び受診する医療機関等が、必要に応じて私の支援のために必要と認める情報（妊婦健康診査に係るもの、家庭の状況等を含む。）を確認し、及び共有することに同意します。	

(裏面に続きます)

#### 4 添付書類

- (1) 領収書その他の初回産科受診に要した費用を確認することができる書類
- (2) 非課税証明書その他の世帯全員の課税状況を確認することができる書類  
(市が保有する公簿等により確認することができる場合には、提出不要)
- (3) その他市長が必要と認める書類

#### 5 振込先

金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> ( )				<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所			
	金融機関コード				支店コード (店番)			
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金							
口座番号								
フリガナ								
口座名義人	※申請者本人名義以外の口座は指定できません。							

