

年 月 日

綾部市長 山 崎 善 也 様

住民税非課税世帯を対象とした産科受診等支援事業利用申請書

住民税非課税世帯を対象とした産科受診等支援事業実施要綱第 5 条の規定により、下記のとおり住民税非課税世帯を対象とした産科受診等支援事業の利用を申請します。また、申請に当たり、私及び私の世帯員の課税台帳を閲覧されることに同意します。

記

申 請 者			
フリガナ		生 年 月 日	
氏 名 (妊婦本人)		㊞	年 月 日
住 所	〒 綾部市 (電話番号)		
母子健康手帳 交付番号		母子健康手帳 交 付 日	年 月 日
初回受診日	年 月 日	支 払 金 額 (補助金交付申請額)	円
実施医療機関名			
出産意向の確認 支援への同意	出産を希望し、妊娠初期から子育て期にわたって、 切れ目のない支援を受けるため、医療機関と綾部市 が連携(必要に応じて、心身の状況等を情報共有等) して、妊娠経過を支援することに同意します。		<input type="checkbox"/> 同意します。
申請者の世帯の状況	※18歳以上の世帯員について記載をお願いします。		
妊婦との続柄	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
妊婦との続柄	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
妊婦との続柄	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
妊婦との続柄	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
妊婦との続柄	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日

初回産科受診に要した費用を既に支払ったので、下記指定口座への振込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協							本店
		金融機関コード					支店番号		支店
	預金種別	普通 ・ 当座							
	口座番号								
	フリガナ								
口座名義人									

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、上記口座名義人に初回産科受診に要した費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名 ㊞

【提出書類】

<input type="checkbox"/>	初回産科受診に要した費用に係る領収書及び診療明細書の原本
<input type="checkbox"/>	申請者の本人確認ができる書類（マイナンバーカード、運転免許証等の写し）
<input type="checkbox"/>	受診料支払のための金融機関振込先が確認できるもの（通帳等の写し）

確認した課税状況は、適正に管理し、目的以外に使用することはいたしません。

.....ここから以下の記入は、不要です。.....

事務処理欄	本人確認	1点	マイナンバーカード ・ 運転免許証 ・ パスポート			
		2点	健康保険証 ・ 年金手帳 ・ その他（ ）			
	世帯の課税確認	本人	非課税	課税	未申告	生保
		世帯員	非課税	課税	未申告	生保
確認者						

