

官津市初回産科受診料助成金交付申請書・同意書

年 月 日

産科受診等の支援を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

妊婦氏名 (申請者)	⑩	生年月日	年 月 日
住所			
連絡先			
初回受診日	年 月 日	支払金額	円
受診医療機関名			
支援への同意	<input type="checkbox"/> 同意します。	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、産科医療機関等と市町村とが連携（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。	
課税状況等 確認の同意	<input type="checkbox"/> 同意します。	産科受診等の支援を受けるにあたり、市が必要な住民基本台帳、課税台帳等の関係公簿、生活保護受給者台帳等の閲覧・確認を行うことや、必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。	

添付書類

<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"/>	申請者の住所等が確認できる書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
<input type="checkbox"/>	受診料支払いのための金融機関振込先が確認できるもの（通帳の写し等）
<input type="checkbox"/>	委任状（申請者と異なる口座名義への振込を希望する場合）

