

様式第1号（第5条関係）

むつ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

（宛先）むつ市長

低所得の妊婦に対する初回産科受診料に要した費用に係る助成金の交付を受けたいので、むつ市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記の内容に同意し、次のとおり関係書類を添えて申請及び請求します。

【誓約事項】

- (1) この申請の審査のために、むつ市の職員が税務関係資料を閲覧することに同意します。
- (2) 受診医療機関等の関係機関と市が、必要に応じて、支援に必要な情報を共有することに同意します。
- (3) 偽りその他不正な手段等により助成金の交付を受けた場合は、助成金を返還します。

受診者 (申請者)	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日	
	住所	〒		電話番号		
世帯構成員 の状況 (別世帯の 生計を一に する者を含 む)	氏名	受診者との続柄	1月1日時点の住所 (受診者の住所と異なる場合)			
申請額	受診日	医療機関名	本人負担額(A)	助成限度額(B)	申請額 (A)と(B)の低い額	
	年 月 日		円	10,000 円	円	
振込先	金融機関名	銀行 金庫・組合 農協・漁協	本店 支店	種別	普通・当座	
	フリガナ 口座名義人		出張所・支所			
			口座番号			

添付書類

- 1 妊娠判定のための受診費用の領収書及び診療明細書の原本
- 2 振込口座がわかるものの写し
- 3 住民登録が1月1日時点でむつ市以外にある場合、課税状況の確認できる証明書
- 4 むつ市以外から生活保護を受給している方は、生活保護受給証明書

【市記載欄】

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
世帯課税状況	課税 非課税 生活保護	年度交付回数	回
交付決定額	円		