

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

大川市長 様

申請者兼請求者(受診者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

大川市低所得妊婦初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

産科を受診しましたので、大川市低所得妊婦初回産科受診料助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金を申請します。なお、交付決定後は、本申請書をもって助成金を請求します。

記

1 請求金額内訳

受診日	受診に要した費用 (A)	助成金上限額 (B)	請求額 (A・B どちらか少ない額)
年 月 日	円	10,000 円	円

2 振込先

口座振込み依頼欄	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 支所・出張所							
	種目	1 普通 2 当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義（申請者氏名）									

3 誓約・同意事項 下記事項を確認し、すべてに☑を入れてください。

- 保健師又は助産師による自宅訪問または面談を行うことに同意します。
- 申請者又は同一世帯に属する者の住民基本台帳及び税情報により、申請内容を確認することに同意します。
- 妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と市が情報共有を行うことに同意します。
- 本助成金と同等である国、都道府県その他の地方公共団体による助成金等の交付を受けていません。
- 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。