様式第１号（第４条関係）

北本市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

（宛先）北本市長

住所

申請者

氏名

　次のとおり助成金の交付を申請します。

１　初回産科受診

※太枠の中を記入してください。また、受診結果については該当する方に〇をつけてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 受診結果 | 医療機関等 | 受診料金 | 助成額 |
| 年　月 日 | 妊娠している  妊娠していない |  | 円 | 円 |

２　振込先　　※申請者が口座名義人のものに限る。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 銀行  農協  信用金庫 | | 支店  支所 |
| 普通 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | |
| 口座名義人 |  | |

３　誓約・同意事項

|  |
| --- |
| １　妊娠期から育児期までにおいて必要な支援を受けること  ２　受診医療機関等と市が、必要に応じて支援に要する情報（妊婦健康診査及び家庭の状況等に関する情報を含む。）を共有すること  ３　助成金の交付申請の内容を審査するため、市が保有する世帯の構成員の課税状況を確認すること  上記の件について、同意します。  　申請者  　３について、同意します。  　　申請者以外の世帯構成員  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  （自署） |