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） |