

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

あきる野市初回産科受診料助成金交付申請書

あきる野市初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、あきる野市初回産科受診料助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

対 象 者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ。		生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ。			
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ。			
	医療機関名				
	受診年月日	年 月 日			
	費用負担額	円	助成金交付 申請額	円	
添付書類 1 住民票の写し 2 第2条各号のいずれかに該当することを証する書類 3 初回の産科受診をした医療機関の発行した領収書の写し 4 その他市長が必要と認める書類 ※ 1及び2については、公簿により確認できる場合は、添付を省略できます。					

市が受診対象者の状況を継続的に把握し、必要な支援につなげるため、私の世帯の住民情報、課税情報等について市の公簿等で確認すること及び妊婦健康診査等について受診医療機関等の関係機関と情報を共有することに同意します。

年 月 日

氏名

※ 受診対象者の自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください。