

諫早市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業利用申請書

年 月 日

諫 早 市 長 様

申請者の住所

申請者の氏名

住民税非課税世帯又は生活保護受給者を対象とした諫早市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施規定第129号により関係書類を添えて申請します。

フリガナ		生年月日		平成・令和 年 月 日 ( 歳)	
受診者氏名		出産(予定)日		令和 年 月 日	
住 所		〒		Tel ( )	
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	フリガナ	口座番号		預金種別	
	口座名義人			普通・当座	
請求金額内訳	費用 (A)		助成限度額 (B)		請求額 (A・Bどちらか少ない額)
	円		10,000円		円
同意欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>世帯の課税状況を確認することに同意します。</li> <li>妊婦健診の結果や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。</li> </ul> <p style="text-align: right;">署名： _____</p>				

※振込先の口座名義が申請者と異なる場合

委任状
年 月 日 私は、上記に係る助成金の受領を下記の者に委任します。
(住所) _____ (氏名) _____

※添付書類：領収書及び診療明細書（原本又は写し）

※（注）受診した日から1年以内に、まとめて1回で申請してください

※本人確認方法として、マイナンバーカード もしくは 運転免許証を提示ください

※生活保護受給者の方は保護金品証明書を提示ください。

※課税証明書の提出が必要な場合があります（転入など）

領収書添付欄