

いちき串木野市妊婦初回産科受診料助成申請書

年 月 日

いちき串木野市長 様

いちき串木野市妊婦初回産科受診料助成事業要綱第5条の規定により、下記の誓約・同意の上申請します。

- 今回の妊娠について、今後必要な支援に繋げるために市、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。
- 本申請の審査において、課税状況、住民状況等を閲覧することに同意します。

1. 申請者

(フリガナ)		生年月日	昭和	年	月	日
氏名			平成			
現住所	いちき串木野市	日中連絡先	()			
受診医療機関		受診日	年	月	日	

※扶養義務関係にある場合は記入してください。

(フリガナ)		生年月日	昭和	年	月	日
扶養者氏名			平成			
現住所	いちき串木野市	日中連絡先	()			

(添付書類)

- 1. 医療機関の領収書の写し
 - 2. 振込口座を確認できる書類(通帳の写し等)
- ※本人と面談できない場合:本人の運転免許証、マイナンバーカード(表面)、パスポート等の写し

2. 振込口座

※下記に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めで記入)	口座名義 (カナ氏名で記入)
銀行 農協 金庫 漁協 信組 信漁連 信連	本・支店 本・支所 出張所	普通 当座		
金融機関コード	店番号			

※ゆうちょ銀行を選択される場合は「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を御記入ください。
※長期間入出金のない口座を記入しないでください。

振込先金融機関口座確認書類／本人確認書類 貼付欄

振込先指定口座の口座番号、名義人等が確認できる通帳又はキャッシュカードの写し
※本人の運転免許証、マイナンバーカード(表面)、パスポート等の写し等のいずれかを添付