

合志市長あて

申請者 住 所  
(受診者)

氏 名

電話番号

合志市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請兼実績報告書

合志市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成要綱第4条の規定により、必要書類を添えて申請し、併せて実績を報告します。

記

1 交付申請額内訳

受 診 日	費 用 (A)	助成限度額 (B)	交付申請額 (A・Bどちらか少ない額)
年 月 日	円	10,000円	円

2 誓約・同意事項 下記事項を確認し、すべてに☑を入れてください

<input type="checkbox"/> 保健師又は助産師による面談を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> 世帯の課税状況を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、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。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。  ※☑がない場合は、助成できないことがあります。
--

【市記入欄】

(本人確認方法)

マイナンバーカード 運転免許証 パスポート その他 ( )

課税区分	非課税 ・ 生保	確認者：	確認日：
------	----------	------	------