

富谷市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成金交付申請書兼情報提供同意書

年 月 日

富谷市長 殿

申請者 住 所 富谷市  
氏 名  
連絡先 — —

富谷市低所得の妊婦に関する初回産科受診費用助成事業実施要綱第6条の規定により、申請します。  
記

1 対象者・世帯構成員

	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業
1				
2				
3				
4				
5				

2 受診内容・申請額

受診日	医療機関名	支払額	助成限度額	申請額 支払額と助成限度額で いずれか少ない方の額
令和 年 月 日		円	円	円

3 振込先

金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	本店 支店
ふりがな 口座名義人	種別	普通・当座	口座 番号

4 同意事項

私は、低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成の申請にあたり、次の事項に同意します。

市長が、世帯全員の住民税の課税情報を取得すること（転入者は除く）

富谷市と医療機関が、支援に必要な申請者の情報を共有すること

虚偽の申請その他不正な手段により助成金の交付を受けた際は、全額又は一部を返還すること

申請者署名

- 添付書類 :  妊娠届出書等、妊娠していることを証明するもの  
 初回産科受診料の領収書（領収印があるもの）及び診療明細書  
 振込先通帳又はキャッシュカードの写し  
 世帯全員の住民税の課税状況が確認できる書類（同意事項に✓を入れた場合は省略可）
- 必要な方のみ {  申立書（所得が少なく、親等から経済的支援がない方や非課税世帯と同等の所得水準の方）  
 算出書（非課税世帯と同等の所得水準の方）  
 妊婦本人の生活保護受給者証の写し

※市記入欄

助成決定額	円
-------	---