

大仙市初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大仙市長 様

次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	
	氏名	
	現住所	〒
	電話番号	
	世帯区分	市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯

※申請者は受診した本人に限ります。

請求金額	受診日	費用 (A)	助成限度額 (B)	請求額 (A・B どちらか少ない額)
	年 月 日	円	10,000 円	円

私が受領する助成金について、下記指定口座への振り込みを依頼します。

振込先口座	金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 支所
	預金種別	普通 ・ 当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

依頼人（申請者）氏名

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

※委任状	
私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

【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"/>	審査に必要な私及び私の世帯員の課税状況等を調査・閲覧することに同意します。調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出します。
<input type="checkbox"/>	市より妊娠及び出産並びに育児に必要な支援を受けることに同意します。
<input type="checkbox"/>	妊婦健診の受診状況や家庭状況等、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"/>	保険診療となる場合、補助対象外となることに同意します。
<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。

【主管課記入欄】

本人確認方法	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()	課税状況確認	
--------	--	--------	--