

年 月 日

甲賀市長 あて

甲賀市妊婦の初回産科受診料助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、本申請に基づく助成金の交付の決定に当たり、本市が甲賀市妊婦の初回産科受診料助成金交付要綱第3条に規定する要件を確認するために限って、申請者及びその属する世帯の申請日の属する年度（当該年度の市民税が確定する前にあっては、前年度）の地方税関係情報について取得することに同意します。

また、本市が必要に応じ支援に必要な情報について関係機関と共有することに同意します。

〒 ー

申請者 住 所 甲賀市 _____
 氏 名 _____ ㊟
 電話番号 _____
 受診者との関係 _____

| | | | | | | |
|---|-------|------|--------|--------------------------|----|--|
| フリガナ 受診者氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 受診日時点の住所・電話 (申請者欄と同じ場合は不要) | 〒 甲賀市 | | 電話 () | | | |
| 世帯構成員の状況 課税状況取得に同意 する場合は同意欄に <input checked="" type="checkbox"/> をすること | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 同意 | 備考 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | | |
| 助成申請額 | 円 | | | | | |

※ 初回産科受診の日から6月以内に申請すること。

2 振込先

| | | | | | | | | |
|-------|--------------------------|-----------------|--------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 ゆうちょ銀行 | 本店 支店 出張所 | フリガナ 口座名義 | | | | | |
| 種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 | | | | | | |

添付書類

- 1 助成対象受診項目の受診に係る医療機関が発行する領収書及び明細書の原本（氏名、診療年月日及び医療機関名が記載されたもの）
- 2 助成金の振込先が確認できるものの写し（通帳の写し等）

※ 受診者以外の方が申請する場合又は口座名義を申請者以外の方とする場合は、委任状（任意様式）が必要です。