

第1号様式(第6条関係)

知多市低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金交付申請書兼実績報告書

~~年 月 日~~

知多市長 様

申請者 住 所 知多市の住所を記入

氏 名 妊婦の氏名を記入

電話番号 日中につながる電話番号

次のとおり知多市低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金を申請します。

助成を受ける妊婦	対象者	ふりがな 氏名			生年 月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)		
		住所 ※申請者と同一の 場合は記載不要	〒 ー 知多市		電話 ()			
		加入医療保険	【種別】国保・健保・船員・共済・その他() 【保険者番号】()【区分】本人・被扶養者					
		産科受診の 希 望 理 由	1. 妊娠の兆候があるため (月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため 3. その他()					
妊婦以外の緊急時の連絡先	緊急連絡先	氏名	対象者との関係:					
		住所	電話: ()					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考			
			年 月 日					
			年 月 日					
			年 月 日					
<p>①本事業に必要な情報を実施施設に提供することに同意します。また、健康状態等 施設から貴市に情報提供することに同意します。</p> <p>②本事業利用の審査のため、市民税課税状況など住民基本台帳に関する資料を とについて同意します。</p> <p>③貴市より妊娠及び出産、育児に必要な支援を受けることに同意します。</p>								
必ず記入して ください。								
令和〇年〇月〇日 利用希望者氏名: <u>妊婦の自署</u>								
申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日						
受診票番号								

第4号様式（第8条関係）

知多市低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金交付請求書

~~年 月 日~~

知多市長 様

申請者 住 所 **知多市の住所を記入**
 氏 名 **妊婦の氏名を記入**
 電話番号 **日中につながる電話番号**

~~年 月 日付け知多市 指令 第 号で交付決定及び補助金額の
 確定を受けた知多市低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金について、知多市
 低所得の妊婦に対する初回産科受診費補助金交付要綱第8条の規定により、次のと
 おり請求します。~~

請求金額		金		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">記入しない</div>				円
振 込 口 座	金融機関名	銀行 農協 信用金庫 信用組合						本店 支店 出張
	口座番号	普通・当座						丸をつけない てください。
	フリガナ							
	口座名義人							

妊婦の口座を記入

※ゆうちょ銀行の店名、口座番号は、通帳を開いていただくと2ページ目の下に記載があります。

店名は「二一八」など漢数字、口座番号は7桁です。

記載事項について訂正をする場合は、訂正箇所に二重線を引いて記入してください。