

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

氏 名

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。

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()				
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、健康状態等について、実施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貴市が閲覧するこ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> <p style="text-align: center;">年 月 日 利用希望者氏名:</p>						
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

氏 名

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 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 出張所
	口座番号	普通・当座							左詰で 記入し てくだ さい。
	フリガナ								
	口座名義人								