

令和〇年 〇月 〇日

受領印

武蔵野市長 殿

武蔵野市低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金交付申請書

申請者 住 所 武蔵野市吉祥寺北町 4-8-10
氏 名 武蔵野 花子
電話番号 090-〇〇〇〇-△△△△

低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金の交付を受けたいので、武蔵野市低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容を確認するために、市長が住民基本台帳の閲覧、受診医療機関への確認等を行うことに同意します。

| | | | | | | |
|---|--|------------------|--------------|------------|--|--|
| 対象者 | フリガナ | ムサシノ ハナコ | 生年月日 | 平成1年 1月 1日 | | |
| | 氏名 | 武蔵野 花子 | | | | |
| | 住所 | 武蔵野市吉祥寺北町 4-8-10 | | | | |
| 初回産科受診日 | 令和〇年 〇月 〇日 | | 妊娠届出日 | 令和△年 △月 △日 | | |
| 受診医療機関名 及び所在地 | (受診医療機関名) 〇〇〇病院 (所在地) 東京都〇〇市〇〇1-1-1 | | | | | |
| 医療機関への 支払金額 | 10,000 円 | | 審査金額 ※市記入 | 円 | | |
| 確認事項（確認し✓を入れる） | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 所得の状況を確認するため、市が世帯の課税状況を確認することに同意します。 | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 妊婦健康診査を受託する産婦人科医療機関等の関係機関と市が、必要に応じて、妊婦健康診査の受診の状況、家庭の状況等を含む対象者に対する支援に必要な情報を共有することに同意します。 | | | | | | |

低所得の妊婦に対する初回産科受診費助成金について、次の口座に振り込んでください。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------------|----|-----|---|----------|-----------|-------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 〇〇〇 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 店名 | △△△ | | 口座番号（7桁） | | | | | | | | |
| | | 店番 | 1 | 2 | 3 | 本店 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | 支店 出張所 | 口座名義人（カタカナ） ムサシノ タロウ | | | | | | |

振込先の口座名義を申請者本人以外の方

申請者と口座名義人が異なる場合には
委任状に申請者の記名押印が必要です。

入と捺印が必要です。

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

令和〇年 〇月 〇日

申請者 武蔵野 花子

武蔵野