

郡山市初回産科受診料助成金支給申請書

年 月 日

郡山市長

下記のとおり、郡山市初回産科受診料助成金を申請します。

申請者 (受診者)		生年月日	年 月 日
受診時住所 (住民票に記載されている住所)	〒 郡山市		
現住所 (上記と異なる場合記入)	〒	電話	
初回産科受診日	年 月 日	受診医療機関名	
初回産科受診料の額	円 (受診医療機関発行の領収書及び診療明細書等を添付すること。)		
同意欄			
私は、次の事項に同意します。			
事項① 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。			
事項② 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、必要に応じて支援に必要な情報(妊婦健康診査の未受診の状況や、家庭の状況等を含む。)を共有すること。			
署名 _____			
振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	支店 出張所 支所	普通 当座
	口座番号		
フリガナ			
口座 名義人	氏 名		
(口座名義人が申請者と異なる場合は、委任状を添付すること。)			

注) 太枠に御記入ください。

*受診日が属する年度の市町村民税が、郡山市課税でない場合(受診年の1月1日現在、郡山市に住民登録がない場合)は、申請者の世帯全員の市町村民税の課税状況が確認できるもの(所得・課税証明書等)を添付してください。