

低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金支給申請書兼同意書

年 月 日

浦安市長

申請者 住 所 浦安市
 氏 名
 電話番号（自宅）（ ）
 （携帯）

低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、領収書の原本を添付し、初回産科受診料の助成金を申請いたします。

なお、この申請に基づく交付決定にあたり、市が世帯の課税状況を確認すること及び受診医療機関等の関係機関と必要に応じて、支援に必要な情報（妊婦健診の未受診や、家庭の状況等を含む）を共有することに同意します。

受診者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	(申請者と住所が違うときのみ記入) 浦安市		
受診医療機関名			
初回産科受診日	年 月 日		
出産予定日 または出産日	年 月 日		

※助成額は、上限 10,000 円とする。

振込先	銀行・農協 信組・信金	支店名				
口座種別	普通 ・ 当座	支店コード				
口座番号						
フリガナ						
口座名義人						

※提供いただいた個人情報は、低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金支給の目的以外に使用しません。

※安心して子育てができるよう、保健師等が連絡をとる場合があります。

※申請内容に虚偽が判明した場合は、助成金を返還していただくことがあります。

<事務処理欄>

受付者名	助成決定金額 円	課税確認
------	-------------	------