

様式第 1 号（第 4 条関係）

朝倉市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝倉市長

朝倉市低所得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、必要書類を添えて次のとおり申請（請求）をします。

|                                |             |        |          |
|--------------------------------|-------------|--------|----------|
| ふりがな                           |             | 生年月日   | 年 月 日    |
| 受診者氏名                          | ⑤           |        |          |
| 住 所                            | 朝倉市<br>電話番号 |        |          |
| 初 回 産 科<br>受 診 日               | 年 月 日       |        |          |
| 医療機関名                          |             |        |          |
| 医 療 機 関<br>住 所                 | 電話番号        |        |          |
| 受 診 金 額<br>(医療保険適用外<br>のみ) (ア) | 円           | 上限額(イ) | 10,000 円 |
| 申 請 額<br>(ア)又は(イ)の<br>どちらか低い額  | 円           |        |          |

助成金振込先

|       |                                                                                                                                |                                                                                                                              |      |                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------|
|       | <input type="checkbox"/> 銀 行<br><input type="checkbox"/> 農 協<br><input type="checkbox"/> 信用金庫<br><input type="checkbox"/> 信用組合 | <input type="checkbox"/> 本 店<br><input type="checkbox"/> 支 店<br><input type="checkbox"/> 出張所<br><input type="checkbox"/> 営業部 | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |
| フリガナ  |                                                                                                                                |                                                                                                                              | 口座番号 |                                                            |
| 口座名義人 |                                                                                                                                |                                                                                                                              |      |                                                            |

助成金の申請にあたり、下記の内容に同意します。

- ☐ 市が、住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認すること。
- ☐ 関係機関と市が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健康診査の受診状況や家族の状況等）を共有すること。