

表

第 1 号様式（第 6 条関係）

防府市妊娠判定のための初回産科受診費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）防府市長

申請者 千
住 所
氏 名
（連絡先TEL ）

防府市妊娠判定のための初回産科受診費用助成実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

また、この申請に基づく助成金の交付決定にあたり、確認が必要な場合には、受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

対象者	住 所	☐ 申請者に同じ			
	ふりがな氏名				
	生年月日	年 月 日			
	産科受診の希望理由	☐ 一般用妊娠検査薬で陽性反応が出た			
受 診 日		年 月 日			
受診に要した費用		円			
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		
			年 月 日		
・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。 ・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。 ・貴市から妊娠及び出産、育児に必要な支援を受けることに同意します。 年 月 日 利用希望者氏名：					

- ・添付書類（本申請書と一緒に提出してください。）
 - 1 初回産科受診が分かる書類
 - 2 初回産科受診に要した金額が分かる領収書
 - 3 その他市長が必要と認める書類

私が受領する初回産科受診に係る助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

口座名義	支払金融機関	貯金種目
※カタカナで記入	銀 行 支 店 金 庫 支 所 協同組合 出張所	当座 ・ 普通
		口座番号

※申請者以外の方の口座に振り込む場合には、以下もご記入ください。

委 任 状	
私は、この申請に係る助成金受取りの権限を次の者に委任します。	
委任者（申請者）	受任者（口座名義人）
住所	住所
氏名	氏名
	振込先 上記振込先のとおり