

別 記

第1号様式（第5条）

初回産科受診料助成金申請書

年 月 日

（あて先）印西市長

初回産科受診に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏 名				(年齢)	(歳)		
	住 所	〒 印西市						
	電話番号	()						
振込先金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		支店名	本店 支店 支所 出張所			
	種 別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	名義人							
請求金額		円						

※ 添付書類 助成対象費用の支払いを証する書類（領収書、明細書）

同 意 書

印西市妊婦に対する初回産科受診料助成金の申請にあたり、次の事項に同意します。

- ① 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない子育て支援のため、必要となる範囲で、市、医療機関等その他の関係機関が情報を共有すること。
- ② 市が世帯の課税情報等について公簿で確認すること。
- ③ 他の地方公共団体が実施する類似の支給を受けていません。

申請者 氏名_____

世帯員 氏名_____ 氏名_____ 氏名_____