

筑後市長 様

申請者兼請求者(受診者)

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

筑後市低所得妊婦初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

産科を受診しましたので、筑後市低所得妊婦初回産科受診料助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金を申請します。なお、交付決定後は、本申請書をもって助成金を請求します。

記

1 請求金額内訳

受診日	受診に要した費用 (A)	助成金上限額 (B)	請求額 (A・Bどちらか少ない額)
年 月 日	円	10,000 円	¥

2 振込先

(金融機関名)	農 協	本 店	
	信 金	出張所	普通・当座
	銀 行	支 店	
(口座番号) _____	(口座名義人) カタカ	_____	

※振込先の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合

委 任 状	
年 月 日	私は、上記に係る助成金の受領を下記の者に委任します。
(住所) _____	(氏名) _____

3 誓約・同意事項 下記事項を確認し、すべてに☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 保健師又は助産師による面談を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> 申請者又は同一世帯に属する者の住民基本台帳及び税情報により、申請内容を確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> 妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と市が情報共有を行うことに同意します。 <input type="checkbox"/> 申請者又は同一世帯に属する者が筑後市暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。また同条第1号に規定する暴力団又は暴力団員と密接な関係はありません。 <input type="checkbox"/> 本助成金と同等である国、都道府県その他の地方公共団体による助成金等の交付を受けていません。 <input type="checkbox"/> 偽りその他不正な手段等により助成金の交付を受けた場合は、助成金を返還します。
