

延岡市初回産科受診料助成申請書兼請求書

年 月 日

延岡市長 様

延岡市初回産科受診料支援実施要綱に基づき、関係書類を添えて下記のとおり初回産科受診料助成を申請します。助成金については下記口座に振り込むよう依頼します。

※太枠内を記入

フリガナ 申請者(受診者) 氏名		生年 月日	年 月 日生	
受診者住所	延岡市 (電話番号 - - )			
申請要件	1. 市民税非課税世帯 2. 生活保護受給世帯			
申請内訳	受診日	ア 申請額 (領収書額)	イ 支給 限度額	決定額 アとイの少ない 方の額
	年 月 日	円	10,000円	円
同意書				
申請事項確認のため、延岡市が世帯の課税状況及び生活保護受給状況を確認することに同意します。また、妊婦健診の受診医療機関等の関係者と延岡市が、必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。				
署名				
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協 漁協	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

※ 振込先の情報は正確に記載してください。

振込先の口座名義人は申請者（受診者）と同一の方としてください。

1～6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月までに申請する方は申請する年の1月1日現在において延岡市に住民登録がない場合については、裏面調査同意書もご記入ください。

【市処理欄】	延岡市初回産科受診料助成について次のとおり決定します。		
支給決定年月日	年	月	日
支給決定金額	円	およこ保健福祉課長	印

1～6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月までに申請する方は申請する年の1月1日現在において延岡市に住民登録がない場合のみ下記にご記入ください

延岡市長 様

## 調査同意書

延岡市個人番号の利用等に関する条例第3条第1項及び第2項に基づき、個人番号を利用し、初回産科受診料助成に係る利用要件の確認について、延岡市長が住民票関係情報、地方税関係情報、生活保護関係情報等を取得することに同意します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 申請者氏名（署名）\_\_\_\_\_

\*自筆の場合、印鑑不要

代理の理由 \_\_\_\_\_ 代理人氏名（署名） \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申請者との関係 \_\_\_\_\_

このことについて、私の属する世帯の下記世帯員の同意を得ています。

申請者	フリガナ		続柄	本人	電話番号	
	氏名		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	個人番号		月日	<input type="checkbox"/> 平成		
同意者	フリガナ		続柄		電話番号	
	氏名		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	個人番号		月日	<input type="checkbox"/> 平成		
	現住所	※別居の場合記入				
同意者	フリガナ		続柄		電話番号	
	氏名		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	個人番号		月日	<input type="checkbox"/> 平成		
	現住所	※別居の場合記入				
同意者	フリガナ		続柄		電話番号	
	氏名		生年	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	個人番号		月日	<input type="checkbox"/> 平成		
	現住所	※別居の場合記入				

個人番号の確認書類  マイナンバーカード  個人番号付きの住民票  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）