

常総市初回産科受診料助成金申請書兼請求書

年 月 日

常総市長 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号

初回産科受診料助成金を、常総市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用の助成に関する要項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、審査のため必要な限度において、私及び私の世帯員の住民記録、市民税課税状況その他の事項を調査すること及び常総市より妊娠期から育児期に必要な支援を受けることに同意します。

対象者	住 所				
	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日
対象者の属する世帯の状況	世帯構成員名	続柄	生年月日	職業	備考
		世帯主			

受診医療機関					
受診日	年 月 日				
妊娠の有無	有（妊娠 週） ・ 無				

請求額	円				
振込先金融機関名				支店名	
口座番号				預金種目	普通 ・ 当座
口座名義人	(フリガナ)				

※市役所記入欄

世帯状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯（交付対象外）		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯・被保護世帯		
公 簿	年 月 日確認 (印)				