

別記様式第1号（第4条関係）

栃木市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

年 月 日

（宛先）栃木市長

栃木市低所得の妊婦に対する初回産科受診料の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

また、私（申請者）は、助成金の請求及び受領に関する一切の権限を下記の委託医療機関に委任します。

申請者	住所 フリガナ 氏名 電話番号	※
	生年月日	年 月 日
（申請者 世帯員 を除く。）	氏 名	
		※
		※
		※
受診予定の 委託医療機関	（所在地） （名 称）	
受診予定日	年 月 日	
世帯区分 （該当する□欄 にレ印を付して ください。）	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯	
同 意 事 項		
<p>私は、次に掲げる事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市の職員が私の税務情報、住民登録情報及び生活保護受給状況を調査すること。 ・今後の支援のために、市が医療機関等の関係機関と妊婦健康診査の受診状況、家庭の状況等の支援に必要な情報を共有すること。 		

備考 申請者及びその世帯員は、それぞれ上記の同意事項について同意の上、※印の欄に自署又は記名押印をしてください。