

別記様式第5号（第10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（償還払い用）

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。

償還払申請者	住所 フリガナ 氏名 電話番号				※
	生年月日	年	月	日	
（償還払申請者を除く。） 世帯員	氏名				※
					※
					※
					※
申請理由					
産科医療機関		受診日	年 月 日		
申請額 (上限10,000円)		円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別 (フリガナ)	普通・当座	口座番号		
	口座名義				
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 償還払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。