

第 1 号様式（第 4 条関係）

藤枝市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤枝市長 宛

申請 (請求) 者	住 所	
	氏 名	⑩
	電話番号	()

藤枝市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて次の事項に同意の上、申請及び請求をします。

(同意事項)

- 1 助成金の交付に当たり、藤枝市が住民基本台帳情報、課税情報及び生活保護受給状況を確認すること。
- 2 保健師または助産師による面談を行うこと。
- 3 関係機関と藤枝市が必要な支援に当たり情報共有を行うこと。

対象者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ※申請者と同じ 場合は記載不要	電話 ()		
世帯構成員の状況	氏 名	対象者との続柄	1 月 1 日時点の住所が異なる人は 1 月 1 日時点の住所 ※ 1 月から 6 月末に申請する場合はその前年の 1 月 1 日時点	
受診年月日		年 月 日		
受診費用		円		
申請（請求）額		円（上限10,000円）		
振込口座	金融機関名	銀 行・農 協 支店 信用金庫・信用組合		
	口 座 番 号	普通 ・ 当座		
	フリガナ			
	口座名義人			