

様式第1号（第5条関係）

交付申請書

年 月 日

牧之原市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

牧之原市初回産科受診料助成金の交付を申請します。

受診者	(ふりがな) 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒		
	電話番号			
受診医療機関	所在地	名称	連絡先	
申 請 額	受診年月日	助成金申請額	交付決定額	
	年 月 日	円	円	

助成金振込先

口座振込先 金融機関名	( ) 銀行・金庫・農協・労金	本店・( )支店
口座種別	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

添付資料

- (1) 初回産科受診費用に係る実施機関が発行した領収書及び明細書
- (2) 振込先の金融機関の口座がわかるもの
- (3) 世帯全員の住民税課税証明書（助成金を申請する年の1月1日時点において牧之原市に住所がある場合は、省略することができます。）

税情報確認、情報提供等に関する同意事項

私は、初回産科受診料助成申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。

- (1) 助成金交付審査のため、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況、他自治体からの同種の助成金の受給状況について調査すること。また当該調査により確認できない場合は、市が求める必要書類等を提出すること。
- (2) 受診医療機関等の関係機関と市が必要に応じて、支援に必要な情報を共有すること

署名