

様式第1号（第7条関係）

古賀市低所得妊婦初回産科受診料補助金交付申請書兼実績報告書（兼請求書）

年 月 日

（宛先）古賀市長

（申請者）住 所：

氏 名：

電話番号：

古賀市低所得妊婦初回産科受診料補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請し、補助事業の実績を報告します。なお、交付決定後は、本申請書をもって古賀市低所得妊婦初回産科受診料補助金を請求するものとします。

ふりがな 受診者氏名			生年月日	年 月 日		
住所						
交付申請額 等	受診日	健診額	上限額	申請額		
	年 月 日	円	10,000 円	円		
医療機関	名 称					
	所 在 地					
	電話番号					
振込先	金融機関名	銀行 信用組合 信用金庫 農 協			本店 支店 支所 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					
同意欄	補助金の申請にあたり、妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と古賀市が、支援に必要な情報（妊婦健康診査の受診状況や、家庭の状況等を含む。）を共有すること、世帯の住民税の課税状況について照会を行うことに同意します。 申請者氏名（自署）					
関係書類	(1) 本人確認書類 (2) 領収書（原本） (3) 診療明細書（原本） (4) 世帯調書兼同意書 (5) 妊娠届もしくは母子手帳など妊娠が確認できるもの (6) 妊婦本人の振込先がわかるもの (7) その他市長が必要と認める書類					

※世帯全員の非課税証明書もしくは世帯調書兼同意書の提出が必要です。