

様式第 1 号（第 5 条関係）

井原市低所得者初回産科受診料助成申請書

年 月 日

井原市長 様

初回産科受診料の助成を受けたいので、井原市低所得者に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。
なお、審査に当たり、住民基本台帳及び世帯の課税状況について調査を行うことを承諾します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 井原市		
	電話番号			
世帯構成員の状況	氏 名	申請者との続柄	1 月 1 日時点の住所 (上記住所と異なる場合のみ記入)	

添付書類 ☐ 本人確認書類
☐ (1 月 1 日時点で井原市以外に住民登録のあった場合) 1 月 1 日時点に住居のあった市町村で発行した住民税課税証明書又は生活保護受給証明書

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に必要となる場合には、市町村、医療機関、相談支援関係機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

署 名 _____

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

市記入欄	世帯の状況	年度	課税世帯	非課税世帯	確認者	
		年 月 日現在	生活保護受給世帯			

