様式第1号（第6条関係）

つくばみらい市低所得の妊婦に対する初回産科受診費用助成申請書

年　　月　　日

つくばみらい市長　様

申請者　　住所

　　　　　　　　氏名

　　　　電話番号

つくばみらい市初回産科受診費用の助成を次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　年　月　日 |
| 住所 |  |
| 妊娠の有無 | 有（妊娠　　　週）　　・　　無（　　　　　　　　　） |
| 対象者の属する世帯の状況 | 世帯構成員氏名 | 対象者との続柄 | 生年月日 | 職業 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 助成金の申請にあたり、以下の事項について同意します。1. 本事業利用の審査のため、つくばみらい市が世帯の住民登録情報、住民税課税情報について、関係機関に照会（マイナンバー情報連携を含む）又は関係機関の保有する情報を閲覧すること
2. 医療機関等の関係機関とつくばみらい市が必要に応じて情報を共有すること及びつくばみらい市より妊娠及び出産、育児に必要な支援を受けること

　　　　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 支店 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 預金種目 | 普通　・　当座 |
| 口座名義人 | （フリガナ） |
|  |