

別記第1号様式（第5条関係）


亀岡市初回産科受診等支援事業利用申請（請求）書兼同意書

年 月 日

（宛先）亀岡市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）  
 電話番号 \_\_\_\_\_

亀岡市初回産科受診等支援事業を利用したいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

フリガナ 妊婦氏名		生年月日		年 月 日	
医療機関名					
受診日	年 月 日	支払額		円	
母子健康手帳交付番号		母子健康手帳交付日		年 月 日	
【世帯の状況】※18歳以上の世帯員について記載をお願いします。					
妊婦との 続柄	フリガナ 氏 名	生年月日	妊婦との 続柄	フリガナ 氏 名	生年月日
		年 月 日			年 月 日
		年 月 日			年 月 日
同 意 書					
事業の趣旨を理解し、次の事項に同意します。					
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市が医療機関へ必要な情報提供を行い、かつ、医療機関と連携して支援を行うこと。</li> <li>・市が世帯員全員の市税の課税状況及び納付状況又は生活保護の状況を確認すること。</li> </ul>					
妊婦氏名			 ※署名の場合は押印の省略可		

亀岡市初回産科受診等支援事業の利用に伴う助成金については、下記の口座に振込み願います。

金融機関名	銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合			本店 支店 支所		
	ゆうちょ銀行			店番		
種 目	普通 ・ 当座	口座番号				
フリガナ 口座名義						
委 任 状						
私（申請者）は、 利用に伴う助成金の受領を委任します。						
年 月 日						
（宛先）亀岡市会計管理者						
氏名						