

千歳市初回産科受診料支援事業申請書兼同意書

令和 年 月 日

千歳市長 様

申請者 住所 千歳市東雲町2丁目34番地
氏名 千歳 花子 必要
電話番号 090-1111-2222

関係書類を添えて、次のとおり初回産科受診料費の助成を申請します。

対象者	氏 名	千歳 花子						
	生 年 月 日	昭和・平成 30 年 4 月 6 日						
	住 所 電 話 番 号	千歳市 同 上 【 同 上 】本人・（ ）						
実施内容	実施医療機関	市立千歳市民病院						
	受 診 日	令和 5 年 4 月 2 日						
	自 己 負 担 額	円						
	償 還 払 申 請 額	円						
振込先	金 融 機 関 名	支店名	口座番号（普通・当座・その他）					(左詰 記入)
	フリガナ	チトセ ハナコ						
	口座名義人	(申請者の方のお名前) 千歳 花子						

(注) 1 太枠の中を記入してください。(原則、申請者の口座)
2 次の書類のコピーを添付してください
(1)本人確認書類 (2)振込先金融口座確認書類 (3)領収書等 (4)母子健康手帳(交付された方)

(申請に伴う同意事項)

1 所得判定のため、世帯の課税状況を確認する事に同意します。

2 必要に応じて受診医療機関等の関係機関と市が情報を共有することに同意します。

署名日：令和 5 年 12 月 11 日 署名：千歳 花子

< 受付者処理欄 >

* 決 定 欄	決 裁	課 長		係 長		係		決定年月日	令和 年 月 日
	1 上記の申込内容を審査の結果、次のとおり支給する。								
	2 次の理由により、上記申込を却下する。 理由：								
支給金額 円									