

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

(宛先)山 口 市 長 様

山口市初回産科受診料助成金支給申請書

次のとおり、山口市初回産科受診料助成金の支給について申請します。

申請者	ふりがな 氏 名										
	生年月日	年 月 日 (歳)									
	住 所	〒									
	電話番号										
初 回 産 科 受 診 日		年 月 日									
受 診 医 療 機 関 名											
初回産科受診料の額		円									
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組合					本店 支店 支所				
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座		口座番号							
	口座名義 (カタカナ)										
添付書類	1 世帯全員の課税状況が確認できる書類(課税証明書等) ※同意欄に署名した場合は、省略可 2 初回産科受診料の領収書										

同 意 欄

山口市初回産科受診料助成金支給申請の審査に当たり、次の事項に同意します。

- ・申請者の属する世帯の住民税の課税状況を確認すること。
- ・市と受診する産科医療機関等が、支援に必要な申請者の情報を共有すること。

申請者 氏名_____

世帯員 氏名_____

氏名_____