別記様式第１号（第５条関係）

年　　 月　　日

京丹後市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　京丹後市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

京丹後市産科受診等支援助成金申請書兼請求書

住民税非課税世帯を対象とした産科受診等の支援を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 受診医療機関名 |  |
| 支援への同意 | * 同意します。
 | 実施医療機関と市が連携（心身の状況等の情報共有等）して、妊娠経過を支援することに同意します。 |

また、助成金の支給を受けるにあたり、私及び私の「世帯」の住民税課税状況に関する情報を京丹後市が確認することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同意者 | 押印 | 同意者 | 押印 |
| 申請者氏名：住所： | 印 | 氏名：住所： | 印 |
| 氏名：住所： | 印 | 氏名：住所： | 印 |
| 氏名：住所： | 印 | 氏名：住所： | 印 |

※転入等により市が課税状況を確認することができない場合は、世帯全員の非課税証明書等の課税状況を確認することができる書類を添付してください。

（裏面）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関 | 銀行信用金庫農協信漁連 | 本店支店 | 種別 | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 |  | フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

私が受領する助成金について、次の指定口座への振込を依頼します。

※振込先口座は原則として申請者名義の金融機関口座を記入してください。

※助成金の対象となった受診に要した費用に係る領収書及び診療明細書の原本を添付してください。

※振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

※振込先が申請者本人以外の場合は、委任状に必要事項を記入してください。

※振込先が申請者本人以外の場合

|  |
| --- |
| 委任状代理人）住所氏名（口座名義人）　　私は、口座名義人を代理人と認め、京丹後市産科受診等支援事業の助成金の受領に係る一切の権限を委任します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日京丹後市長　　　様住所氏名（申請者本人自署） |