

八幡市産科受診等支援事業申請書・同意書

年 月 日

八幡市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

市町村民税非課税世帯等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。

対 象 者	(フリガナ) 妊婦氏名		申請者との 続柄	
	生年月日	年 月 日		
	住所	〒 - 電話番号		
受診医療機関名				
<p>1. 妊娠初期から子育て期にわたって、切れ目のない支援を受けるため、産科医療機関等と八幡市とが連携（必要に応じて、心身の状況等を情報共有等）して、妊娠経過を支援することに同意します。</p> <p>2. 本事業利用の審査のため、世帯員全員の市町村民税課税状況に関する資料を貴市が閲覧することについて同意します。なお、前記内容については、世帯員全員の承諾を得ています。</p>				
<p style="text-align: right;">_____年 月 日 対象者氏名 (自署)</p>				

添付書類

<input type="checkbox"/>	初回産科受診に要した費用に係る領収書及び診療明細書の原本
<input type="checkbox"/>	申請者本人の住所等が確認できる書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
<input type="checkbox"/>	受診料支払いのための金融機関振込先が確認できるもの（通帳の写し等） ※申請者と異なる口座名義への振込を希望する場合は委任状（裏面）
<input type="checkbox"/>	転入等で課税状況が八幡市において確認できない者は、世帯全員の課税状況がわかる資料

