

令和5年 4月15日

太宰府市長 殿

申請者兼請求者 住 所 太宰府市 観世音寺一丁目1番1号  
(受診者) アパート観世音寺101号

氏 名 太宰府 梅子

電話番号 092(555)6781

産婦人科を受診した「本人」

## 太宰府市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成金申請書兼請求書

下記の誓約・同意事項を確認し、必要書類を添えて太宰府市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成金を申請及び請求します。

## 記

## 1 請求金額内訳（子育て支援課が記入します）

受診日	費用 (A)	助成限度額 (B)	請求額 (A・Bどちらか少ない額)
年 月 日	円	10,000円	¥

## 2 振込先

(金融機関名)	福岡 農協 信金 銀行	太宰府	本店 出張所 普通 支店
(口座番号)	1234567	(口座名義人) カタカナ	ダザイフ ウメコ

※振込先の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合

委任状	
年 月 日	私は、上記に係る助成金の受領を下記
(住所)	(氏名)

口座名義人が「本人以外」の場合  
口座名義人の住所と氏名を  
ご記入ください

## 3 誓約・同意事項 下記事項を確認し、すべてに☑を入れてください

- 保健師又は助産師による面談を行うことに同意します。
- 世帯の課税状況を確認することに同意します。
- 妊婦健診の受診状況や家庭の状況等、支援に必要な情報について、関係機関と市が情報共有を行うことに同意します。
- 偽りその他不正な手段等により助成を受けた場合は、助成金を返還します。
- ※☑がない場合は、助成できないことがあります。

## 【主管課記入欄】

(本人確認方法) マイナンバーカード 運転免許証 パスポート その他 ( )

検収 年 月 日