

福知山市初回産科受診費用支給申請書・支援同意書

年 月 日

福知山市長 様

申請者 住 所 〒

福知山市

氏 名 (続柄)

電話番号

下記のとおり、初回の妊婦健康診査費の支給を申請します。申請するに当たり、下記世帯員のうち18歳以上の者及び18歳未満の収入のある者から課税台帳閲覧を行うことを同意します。

また、妊娠初期から子育て期にわたり医療機関等と福知山市が連携し支援を受けることを同意します。

署名

フリガナ 妊婦氏名		初回受診日	年 月 日
生年月日	年 月 日	支払金額	円
母子健康手帳交付番号		母子健康手帳交付日	年 月 日
個人番号			
【支給対象者の世帯の状況】※18歳以上の世帯員について記載をお願いします。			
妊婦との続柄	氏名	生年月日	妊婦との続柄
		年 月 日	氏名
		年 月 日	生年月日
		年 月 日	年 月 日

下記の口座に振込み願います。

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合			本店 支店 支所
	ゆうちょ銀行	店番(3けた)		
種 目	普通・当座	口座番号		
フリガナ 口座名義				

※該当妊婦以外が申請される場合は、下記の委任状が必要となります。

委任状

代理人	住 所	〒		
	氏 名	生年月日	年 月 日	

福知山市長 様

私は、上記の者を代理人と定め、妊婦健康診査初回費用の支給に関する(申請・受領)権限を委任します。

委任者 (妊婦)	住 所	〒		
	氏 名	生年月日	年 月 日	

注)この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第9項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市妊産婦健康診査事業に係る事務に利用します。