

豊田市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付申請書兼請求書

豊田市長 様

豊田市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな 申請者（受診者） 氏名	（ ）		生年月日	年 月 日 （ 歳）	
住所	〒 豊田市 電話番号				
受診医療機関名					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	
申請額	受診日	健診額	助成限度額	申請額 健診額と助成限度額でいずれか少ない額	
	年 月 日	円	10,000円	円	
振 込 先	金融機関名		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	
	貯金種別	普通 当座	（ ふりがな ） 口座名義人	（ ）	
	口座番号			（右詰記入）	
同 意 欄	補助金の申請に当たっては、豊田市が住民基本台帳及び申請者の属する世帯の課税状況を閲覧すること、豊田市と医療機関等の関係機関が情報を共有し提供する必要な支援を受けることに同意します。 申請者氏名（自署）				

添付書類 1 医療機関が発行した領収書等の検査に要した費用の確認が出来るもの

2 住民登録が1月1日時点で豊田市以外にある場合、課税状況を記載した証明書

申請書受理年月日	年 月 日	交 付 ・ 不交付
受 給 者 番 号		交付決定年月日 年 月 日