

様式第 1 号

田辺市初回産科受診料（低所得の妊婦）助成申請書

田辺市長 宛て

下記のとおり関係書類を添えて初回産科受診料の助成を申請します。

記

	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日
助 成 対 象 者	()	年 月 日 (歳)
助成対象者住所	〒	電話 ()
申請者（口座名義人と同一） 氏 名 _____ 印 妊娠判定のための初回産科受診料 金 _____ 円 申請金額 金 _____ 円（上限： _____ 円） 年 月 日		

世 帯 員 名	生 年 月 日	助成対象者 との続柄	職 業	備 考

助成要件の該当性等を審査等するため、田辺市が必要な住民基本台帳情報、税情報や公的年金情報等の公簿等の確認を行うことに同意します。

公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。

(注) 母子健康手帳を所持している場合は、申請時にご提示ください。

母子健康手帳番号() 受理行政局()