

新発田市長 宛て

新発田市妊婦初回産科受診費用助成申請書

標記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。また、交付決定された助成金については、下記の振込先に振り込んでください。

なお、助成を受けるにあたり必要がある場合、新発田市が住民基本台帳情報及び税情報、医療機関等に確認を行うことに同意します。

※太枠内を記入してください。訂正する場合は、必ず＝線で訂正し、印鑑を押してください。

Application form with fields for applicant name, address, birth date, and bank information.

Section for proxy appointment (委任の場合記入) with a signature line and seal.

Section for additional documents (添付書類) with a list of items to be checked.

※基準日：産科受診時の住所(新発田市に住所を有する)・世帯・課税状況(市民税非課税世帯と同等の所得水準日基準日はご相談ください)

※受診した結果、妊娠でなかった場合は対象外です。
※必要書類が不足している場合は、追加の書類提出をお願いする場合があります。

以下、市記入欄

<該当要件>

□ 市民税非課税世帯

□ 市民税非課税世帯と同等の所得水準

□ その他()

Table with columns for application date, decision date, payment amount, and subsidy amount.