

常陸太田市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

常陸太田市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書

常陸太田市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要項第 4 条の規定により、下記のとおり助成金の支給を申請します。

なお、本申請に当たり、以下の事項について同意します。

- ① 本助成金交付の審査のため、常陸太田市が世帯の住民登録情報及び市町村  
村民税課税状況について、関係機関に照会又は関係機関の保有する情報  
を閲覧すること。
- ② 医療機関等の関係機関と常陸太田市が必要に応じて情報を共有すること  
並びに常陸太田市より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けること。

記

対 象 者	氏 名	
	住 所	常陸太田市 町
	生年月日	年 月 日
	出産予定日	年 月 日
受診医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
受診日		年 月 日
受診費用		円