

都城市長 宛て

申請者 (住所) 都城市

(氏名)

(受診者との続柄)

(電話番号)

都城市低所得妊婦初診料助成申請書

私は、市民税非課税世帯等に属し、都城市低所得妊婦初診料助成実施要綱第 1 条の規定により、産科初診料の助成を申請します。

なお、申請に係る課税状況については、地方税法に基づく住民税の課税資料及び生活保護法に基づく生活扶助の世帯に関する資料により都城市が確認すること及び受診をした医療機関等と都城市が支援に必要な情報を共有することに同意します。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	続柄	助成 対象者	備考
	年 月 日	世帯主		
	年 月 日			
	年 月 日			
	年 月 日			

※ 窓口に来られた方の本人確認を行っています。申請の際には身分証明書を御提示ください。

【担当課記入欄】

交付年月日	年 月 日	文書番号	
課税状況等	非課税 生活保護 課 税 （課税者 ： ）		
本人の確認 方法	1 運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳 （その他 ） 2 年金手帳・年金証書 （その他 ）		

委 任 状

都 城 市 長 宛て

代理人（窓口に来られる方）

現住所 -----

氏 名 -----

生年月日 年 月 日 電話 ー -----

私は、上記の者を代理人と定め、都城市低所得妊婦初診料助成申請の権限を委任します。

なお、このことについて問題が生じても、その一切の責任を負い、貴市には迷惑をかけません。

年 月 日

委任者（申請者）

現住所 都城市 -----

氏 名 ⑥ 自筆の場合不要 -----

※ 偽り、その他不正な手段により交付を受けた場合は罰せられます。

※ 代筆した場合は、代筆者が署名し、本人が指印を押してください。

代筆者氏名 _____

本人指印

