様式第１号（第５条関係）

岩出市初回妊娠判定受診費用助成申請書

申請日　　　　　年　　月　　日

岩出市長　様

　次の事項に同意のうえ、申請します。

　・市が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することを同意します。

　・市、産科医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

◆申請者（対象者）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | | | 日中連絡先 |
| 氏　　名  （署名） |  |  | 年　　月　　日 | | －　　　－ |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 世帯状況 | １．生活保護世帯　　２．市町村民税非課税世帯　　３．市町村民税課税世帯  （※１・２の世帯の場合は下記に世帯構成員全ての署名が必要となります。） | | | | |
| 世帯構成 | 氏　名（署名） | 続柄 | | 生年月日 | 備　考 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 初回妊娠判定受診予定日 | 年　　月　　日 | 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日 | | | 年　　月　　日 |
| 受診予定医療機関 |  | | | | |
| その他 |  | | | | |