様式第１号（第５条関係）

妊娠判定受診料助成申請書

年　　月　　日

岩出市長　様

申 請 者

住　　所

氏　　名

電話番号

下記により妊娠判定受診料助成を申請します。

また、下記の者は、岩出市が妊娠判定受診料助成に関する事務手続を処理するために限って地方税関係情報を取得し、利用することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　所
※申請者と同一の場合は記載不要</td><td colspan="4">〒

電話番号　　－　　－</td></tr>
<tr><td>妊娠判定受診を希望する理由
※該当する番号に○印又は（　）内に内容を記入してください。</td><td colspan="4">１　妊娠の兆候があるため
（月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温等）
２　一般用妊娠検査薬で陽性反応が出たため
３　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">世帯構成員の状況</td><td colspan="2">氏名（署名）</td><td>続柄</td><td>生年月日</td><td>備考</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>