

紀の川市初回妊娠判定受診費用助成申請書

申請日 年 月 日

（宛先）紀の川市長

- 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

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				