

様式第1号（第4条関係）

御殿場市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成券交付申請書

年 月 日

御殿場市長 様

御殿場市初回産科受診料助成券の交付を受けたいので、同意事項に同意の上、御殿場市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

申 請	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
者	住所		連絡先	()
	受診理由	<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応が出たため <input type="checkbox"/> その他 ()		

同意事項

- 1 助成に係る審査のため、申請者の属する世帯の課税状況等を確認すること。
- 2 本事業及び妊産婦健康診査に係る医療機関等の関係機関に対し、必要な情報を確認又は提供すること。
- 3 伴走型相談支援を受けること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市記入欄

申請受付年月日	年 月 日
該当区分 (○をつける)	第1項（非課税世帯または同等） ・ 第2項（生活保護） <u>第3項（所得なく、援助なし） ・ 第4項（その他）</u> ↳ 申立書の提出 <input type="checkbox"/> （←✓する）
助成券番号	
備考	