

初回産科受診料助成券交付申請書

年 月 日

宍粟市長 様

下記のとおり、初回産科受診料助成券の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申 請 者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒	
	電 話 番 号		
妊娠について		☐ 医療機関で妊娠判定を受けていない ☐ 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した検査日(年 月 日)	
経済状況		☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他 ()	
受診予定の 産科医療機関名称			
受診予定の 産科医療機関住所			
私は、申請にあたり、宍粟市が必要な支援を提供するため医療機関へ受診内容や家庭の状況等を共有することに同意します。また、市民税非課税世帯又は生活保護世帯であることについて、関係機関に照会することに同意します。なお、審査のための照会について、世帯全員から同意を得ています。 署名（利用希望者自書） _____			

※枠内に記入し、あてはまるものに☑を入れてください。