

申請日 年 月 日

恵庭市長 様

(申請者) 住所

氏名

電話番号

初回産科受診料支援事業申請書

恵庭市低所得妊婦初回産科受診料支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、次の通り申請します。

対象者	氏名 (フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒061- 恵庭市 電話 - -		
	妊娠判定受診を希望する理由 ※該当欄に○印又は()内に内容を記入してください。	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 ()		
世帯構成員の状況	氏名	続柄	生年月日	備考
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	

【同意事項】 チェック欄 (□) に『√』を入れてください。

- 支給要件の該当性等を審査するため、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関に求める・提供することに同意します。

【添付書類】

- 振込口座情報を証明する書類等の写し
 住民登録が、この書類を提出する年の1月1日時点で恵庭市外にある場合は、世帯全員の住民税非課税証明書