

第1号様式（第6条関係）

大府市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金交付申請書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住 所 大府市
氏 名
電話番号

次のとおり大府市低所得の妊婦に対する初回産科受診料補助金を申請します。

対象者	フリガナ 氏名			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
	住所 ※申請者と 同一の場合 は記載不要	〒 ー 大府市		電話	()
	加入医療保険	【種別】国保・健保・船員・共済・その他 () 【保険者番号】 () 【区分】本人・被扶養者			
	課税状況	市町村民税非課税世帯 ・ 生保世帯 ・ その他 ()			
	産科受診の 希望理由	1. 妊娠の兆候があるため (月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため 3. その他 ()			
緊急連絡先		氏名	対象者との関係：		
		住所	電話： ()		
世帯 構 成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
<p>①本事業に必要な情報を実施施設に提供することに同意します。また、健康状態等について、実施施設から貴市に情報提供することに同意します。</p> <p>②本事業利用の審査のため、市町村民税課税状況及び住民基本台帳に関する資料を貴市が閲覧することについて同意します。</p> <p>③保険診療となる場合、補助対象外となることに同意します。</p> <p>④貴市より妊娠及び出産、育児に必要な支援を受けることに同意します。</p>					
年 月 日 利用希望者氏名：					