

年 月 日

時津町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業受診票交付申請書

時津町長 様

下記のとおり、時津町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の規定に基づき、助成を受けたいので、初回産科受診料助成事業受診票の交付を申請します。

記

申請者	(フリガナ)				年 月 日 (歳)
	氏 名				
	住 所	〒 ー (電話)			
	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日(年 月 日)			
対象区分		☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯			
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	1月1日時点の住所※	
		本人	同上		
※4月及び5月に利用する場合は、前年1月1日の住所を記入してください。					
以下に同意する場合は、レ点を記入し、署名（自署）をしてください。 ☐ 時津町が対象区分を確認するため、申請者の属する世帯構成員の課税状況又は生活保護世帯か否かを調査することに同意をします。なお、審査に係る調査については、世帯全員から同意を得ています。 ☐ 妊婦健康診査実施医療機関等及び時津町が、必要に応じて、支援に必要な妊婦健康診査の状況や家庭の状況等を共有することに同意します。 署名（自署） _____					

- 【必要書類】
- ・申請者の本人確認書類
 - ・1月1日時点の住所が時津町以外にある場合、世帯構成員の市町村民税の課税状況が確認できる書類

【担当課処理欄】

本人確認	☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ （
------	--