

様式第 1 号 (第 5 条関係)

吉野川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

年 月 日

吉野川市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

吉野川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、助成金の交付申請をするにあたり、住民登録及び申請者の属する世帯の課税状況について確認を行うことに同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 電話番号		
世帯構成員 の状況	氏名	受診者との続柄	1月1日時点の住所が異なる方は、 1月1日時点の住所

支援に係る情報共有の確認について

産科医療機関等その他関係機関と市が、必要に応じて支援に係る情報を共有することに同意します。

署名日 年 月 日

署名