様式第１号(第５条関係)

初回産科受診料助成券交付申請書

　　年　　月　　日

　赤穂市長　宛

（申請者）

住所　赤穂市

氏名

　下記のとおり、初回産科受診料助成券の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対  象  妊  婦 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住所 | 赤穂市 |
| 電話番号 |  |
| 受診予定の  産科医療機関等 |  |
| 市記入欄 | | 助成券発行番号 |
|  | |  |
| 同意欄 | | |
| 1. 所得の状況を確認するため、市が公簿等により世帯の課税状況を確認すること。 2. 市と市が妊婦健康診査を委託する産科医療機関等とが、必要に応じて、当該妊婦   　に対する支援に必要な情報（妊婦健康診査の受診状況、家庭の状況等を含む。）を  共有すること。  上記①、②に同意します。  署名（自署） | | |