

別記様式第1号（第6条関係）

深川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業給付申請書

年 月 日

深川市長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号

印

次のとおり深川市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業による給付を申請します。
記

1 対象者の状況

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名			
住 所			
加入医療保険	国保・健保・共済・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出たため 3. その他 ()		
受 診 医療機関			

2 世帯構成

氏名	続柄	生年月日	職業	備考

- ①市が、医療機関等と必要に応じて支援に必要な情報を共有することに同意します。
- ②妊娠期から育児期に必要な支援を受けることに同意します。
- ③市が、世帯の課税情報等について公簿で確認することに同意します。

年 月 日 氏名： _____ 印

(深川市記入欄)

課 長	主 幹	係 長	係	担 当

本件、審査の結果支給決定し、別紙のとおり通知してよろしいか伺います。 年 月 日