

様式第1号（第7条関係）

産科受診料支援に係る受診票交付申請書

年 月 日

（宛先）明和町長

産科受診料支援に係る受診票の交付を受けたいので、明和町低所得妊婦初回産科受診料支援事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ 氏名		対象者との関係	
	住所			
	電話番号			
対象者	フリガナ 氏名 □申請者と同じ		生年月日	年 月 日（歳）
	住所 □申請者と同じ		電話番号 □申請者と同じ	

1 申告事項

- 妊娠判定のために医療機関を受診するための費用を保有していない。
理由：（ ）
- 今回の申請に係る事由に関して、一度も医療機関を受診していない。

2 同意事項

私は、産科受診料支援事業に係る受診票交付の申請に当たり、次に掲げる各事項に同意します。

- ・現在の社会的環境及び身体的状況について、受診に必要な範囲で医療機関に情報提供すること。
- ・医療機関の受診結果について、明和町及び関係機関が支援に必要な範囲で把握すること。
- ・所得判定のため世帯の課税状況及び生活保護受給の有無を確認すること。