別記様式第１号（第６条関係）

大竹市妊娠判定検査受診費用助成金交付申請書

年　　月　　日

大竹市長　様

申請者

〒

住所

氏名

連絡先

下記により妊娠判定検査受診費用助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  | | 生年月日 | 昭和　平成  年　　 月　　日 | | |
| 住所  ＊申請者と  同一の場合は記  載不要 | 〒７３９－  大竹市  　　　　　　　連絡先　　　　　－　　　　－ | | | | | |
| 妊娠判定検査を  希望する理由  ＊該当欄に○印又は(　)内に内容を記入してください。 | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 対象者の  属する世  帯の状況  （別世帯の場合は備考に別と記入） | 世帯構成員氏名 | 対象者  との続柄 | 生年月日 | | | 職業 | 備考 |
|  | 対象者 |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
| 同意欄 | 対象者の属する世帯構成員の市町村民税課税状況について、大竹市が調査すること、大竹市と医療機関等の関係機関が情報を共有し提供する必要な支援を受けることに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名（自署） | | | | | | |