

豊岡市低所得の妊婦の初回産科受診料助成券交付申請書

豊岡市長様

下記のとおり、低所得の妊婦の初回産科受診料助成券の交付を申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者 (妊婦)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 豊岡市 日中連絡可能な電話番号 ()	
下記の項目を確認し、同意する場合は□に✓を記入してください。 なお、同意がない場合は、助成の対象外となります。			
☐ 豊岡市が助成の適否を判断するため、世帯の課税状況を確認すること。			
☐ 妊婦健康診査の受診医療機関等と豊岡市が、必要に応じて、支援に必要な情報 (妊婦健康診査の未受診の状況及び家庭の状況等を含む。)を共有すること。			

※職員記入欄

助成券交付日	年 月 日
発行番号	

