

初回産科受診券交付申請書

令和 年 月 日

南大隅町長 様

《申請者》 住 所： _____
氏 名： _____
電話番号： _____

低所得妊婦の初回産科受診料支援事業実施要綱第4条第1項に基づき、受診券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

対象者	フリガナ		申請者との続柄	
	氏 名			生年月日
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要 南大隅町 連絡先		
受診希望理由		1. 一般用妊娠検査薬で陽性反応が出たため 2. 妊娠の兆候があるため(月経が止まった、つわり様症状があるなど) 3. その他()		
緊急連絡先	氏 名	対象者との関係()		
	住 所			
	連絡先			
1. 本事業に必要な情報を医療機関に提供すること及び受診医療機関から南大隅町に受診結果等の情報提供をすることに同意します。 2. 本事業利用の審査のため、世帯全員の町民税課税状況及び住民基本台帳についての公簿等を閲覧することに同意します。 3. 南大隅町より妊娠、出産及び育児に必要な支援を受けることに同意します。 令和 年 月 日 対象者自署 _____				

【町記入欄】

世帯構成	氏名	続柄	生年月日	課税状況
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
			年 月 日	課税・非課税・生保・他()
本人確認書類(□免許証 □他()) 確認者()				