

各務原市初回産科受診料支援事業
受診料助成受診券交付申請書

（宛先）各務原市長

申請者 住 所
（受診者）
氏 名

電話番号

次のとおり、受診料助成受診券の交付を申請します。

| | | | |
|---------------------------------|---|---------|-------|
| ふりがな 対象者氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 各務原市 電話番号 | | |
| 申請する理由 | <input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性反応が出たため | | |
| 世帯構成員の 状況 | 氏名 ※自署 | 受診者との続柄 | 生年月日 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 税情報確認、 情報提供等に 関する 同意事項 | <p>私は、初回産科受診料支援事業の申請にあたり、次に掲げる各事項に同意します。</p> <p>（1）本事業の決定の審査にあたり、市が申請者及び世帯の課税状況について公簿等により調査すること、当該調査により確認ができない場合は市が求める必要書類等を提出すること。</p> <p>（2）市が医療機関等と受診状況等の情報を共有すること。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名（自署） _____</p> | | |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 所得課税証明書（世帯全員分） ※1月1日現在、本市に住民登録がない市町村民税非課税世帯の方 | | |