

高取町初回産科受診料支援事業申請書

年 月 日

高取町長 様

《申請者》 住 所：

氏名《自署》：

対象者との続柄：

電話番号：

携帯番号：

下記により、高取町初回産科受診料支援事業を申請します。申請するにあたり、次のことについて同意します。

所得判定のため、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の関係機関と必要に応じて、支援に必要な情報（妊婦健康診査の未受診や、家庭の状況等を含む）を共有すること

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名		電話番号	
	住所	〒635-01 奈良県高市郡高取町大字		

※対象者が申請者と同一の場合は、電話番号、住所は記載不要

妊娠判定 受診を 希望する 理由	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため <input type="checkbox"/> 3. その他（)
---------------------------	--