

様式第1号(第5条)

松江市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書(医療機関委託)

令和 年 月 日

(あて先) 松江市長

松江市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業について、下記の事項に同意の上、申請します。

- 市が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することを同意します。  
 市、産科医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
氏名			連絡先	日中の連絡可能な電話番号	
現住所	(〒 - ) 松江市				
妊娠について	1. 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した日 (令和 年 月 日) 2. 妊娠の兆候がある ①月経が止まった (最終月経開始日 令和 年 月 日) ②つわりがある ③基礎体温が高温 ④その他 ( )				
世帯の状況	1. 生活保護世帯      2. 市町村民税非課税世帯				
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業等	備考

【添付書類】

- 生活保護世帯・・・生活保護受給証明書  
 市町村民税非課税世帯・・・令和5年1月1日時点で松江市外に住所登録があった場合は、住所登録をしていた自治体が発行する課税証明書