

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・・・市町村民税の賦課期日において松江市に住民登録をしていなかった場合は、前住所地の課税状況がわかる証明書