第１号様式（第４条関係）

初回産科受診料助成申請書

年　　月　　日

豊見城市長　　殿

申請者
住　所
氏　名
連絡先

下記の者について、初回産科受診料助成金の交付を申請します。
また、対象者の属する世帯構成員の市町村民税課税状況について、貴市が調査することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">昭和　平成
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒901―
豊見城市
連絡先　　―　　―</td></tr>
<tr><td>妊娠判定検査を希望する理由</td><td colspan="4">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）
２．一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため
３．その他（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="7">対象者の属する世帯の状況</td><td colspan="2">世帯構成員氏名</td><td>対象者との続柄</td><td>生年月日</td><td>職業</td><td>備考</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>本人</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>