高砂市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成券申請書

令和 年 月 日

高砂市長 様

(申請者) 住 所 高砂市

氏 名

電話番号 () -

下記のとおり、関係書類を添えて、高砂市低所得妊婦に対する初回産科受診料助成券を申請します。

添付書類

妊婦と同一世帯全員の所得を証明する書類（市民税・県民税所得課税証明書、非課税証明書など）
 ※賦課期日に高砂市に住所がある方で、下記にて課税状況の確認を同意される場合は、提出を省略できる場合があります。

太枠内を記入または☑をしてください。

(フリガナ) 妊婦氏名			妊婦 生年月日	年	月	日
妊婦住所	☐ 同上（申請者と同一の場合、下記住所記入は不要） 高砂市 電話番号() -					
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
妊娠について	☐ 医療機関で妊娠判定を受けていない ☐ 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した ☐ 妊娠兆候があるため（月経が止まった、つわりがあるなど）					
経済状況	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他 ()					
受診予定の 医療機関	() ・ 未定					
私は、申請にあたり審査のため世帯全員の課税状況及び住民基本台帳を閲覧すること、高砂市と医療機関が支援を提供するために受診状況や家庭の状況等の情報を共有することに同意します。 ☐ 同意しました。 ※同意がない場合、申請できません。						

<市記入欄>

受付	年 月 日	受付担当者	
課税	☐ 市民税非課税 ☐ 生活保護 ☐ 他 ()	本人確認書類	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ 他 ()
助成券交付	該当 ・ 非該当 (理由:)	交付	窓口 ・ 郵送 (送付日 /)