

第1号様式（第5条関係）

日進市低所得妊婦初回産科受診費補助金交付申請書

年 月 日

日進市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
電話番号

日進市低所得妊婦初回産科受診費補助金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

市販の妊娠検査薬で陽性を確認した。

補助対象者	ふりがな 氏名			生年 月 日	年 月 日(歳)	
	住所 ※申請者と同一の 場合は記載不要	〒 -		電話 - -		
	加入医療保険	【種別】国保・健保・共済・その他() 【保険者番号】()【区分】本人・被扶養者				
	受診希望 医療機関					
緊急連絡先	氏名	補助対象者との関係				
	住所	電話 - -				
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			
誓約事項（ <input type="checkbox"/> に✓を入れてください。） <input type="checkbox"/> 本申請により市が入手する個人情報に関し、本補助金の目的の範囲内で使用されることを了承すること。 <input type="checkbox"/> 本事業利用の審査のため、市民税課税状況及び住民基本台帳に関する資料を市が閲覧することを了承すること。 <input type="checkbox"/> 妊娠期から育児期までの間に市から必要な支援を受けることに同意すること。 <input type="checkbox"/> 支援に必要な情報を産科医療機関等と共有すること及び健康状態等について、産科医療機関等から市に情報提供することに同意すること。 <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体から同種同様の補助金を受けていないこと。						
申請受理年月日			(承認・不承認) 決定年月日			
通知書番号						