

伊丹市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成申請書

伊丹市長 様

伊丹市低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成事業要綱の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。
なお、申請にあたり、以下のことに同意します。

- ・本申請の審査に必要な範囲で、申請者の属する世帯の住民票及び地方税関係情報の確認を行うこと。
- ・伊丹市が受診医療機関等と支援に必要な申請者の情報（受診結果、受診状況等）を共有すること。

申請日 年 月 日

申請者（対象者）	住所	〒	生年月日	年 月 日
			電話番号	
	ガフナリ			
	氏名			

※本人が自署しない場合は記名押印してください。

市販妊娠検査薬の結果	陽性 ・ 陰性 ・ (その他)	検査日	年 月 日
※陰性の場合は申請できません			
受診予定医療機関名		受診予定日	年 月 日
確認事項	同一妊娠期間に係る妊娠判定について、初回産科受診料の助成を受けていません。→ ☐ （確認できない場合申請できません。）		
世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)	世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)
世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)	世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)
世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)	世帯員氏名 (生年月日・続柄)	※自署 (年 月 日・続柄)

< 受付職員記載欄 >

本人確認	住基確認		市販妊娠検査薬 検査結果確認	受付職員
	写真付き1点、その他2点	世帯員 課税状況		
住基あり ・ 住基なし		非課税 ・ 課税	済 ・ 未	

※住基なしの場合理由必要 ※世帯員本人の自署 ※課税の場合申請不可 ※検査未の場合
がなければ証明書要 原則申請不可