様式第１号(第４条関係)

燕市初回産科受診料助成申請書

燕 市 長　様

令和　　年　　月　　日

申 請 者
住　　所
氏　　名
電話番号

燕市初回産科受診料助成事業実施要綱により助成を受けたいので、関係書類を添えて申請をします。
また、この申請に関し、世帯全員の市民税の課税状況及び生活保護の認定状況について市が調査することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所
※申請者と同一の場合は記載不要</td><td colspan="5">〒　　－</td></tr>
<tr><td rowspan="6">世帯構成員の状況</td><td colspan="2">氏名</td><td>受診者との続柄</td><td colspan="2">１月１日時点の住所が異なる方は、１月１日時点の住所</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

○　領収書がない場合、医療機関で下記内容を記入してもらってください。
（領収書をお持ちの方は、下記の記入は必要ありません）

<table>
<tr><td>受診日</td><td>令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>検査項目等</td><td>☐問診及び診察
☐尿検査
☐超音波検査（医療機関の判断により実施）
（実施項目に☑を記入してください。）</td></tr>
<tr><td>結果</td><td>妊娠（　　週）・不明・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>妊娠判定に要した費用</td><td>（上記検査項目等について本人から支払いを受けた額）
金　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり領収しました。
令和　　年　　月　　日
医療機関所在地
名称
代表者氏名

燕市長　様</td></tr>
</table>