

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

鶴ヶ島市低所得妊婦等初回産科受診料助成金交付申請書

鶴ヶ島市低所得妊婦等初回産科受診料助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市低所得の妊婦等に対する初回産科受診料助成金交付要綱第4条の規定により次のとおり申請します。なお、助成要件確認のため市が保有する住民基本台帳等の確認、世帯員の市民税の課税状況の確認及び医療機関等に照会することについて同意します。

初 回 産 科 受 診 者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	年	月	日
	出 産 予 定 日			
受 診 医 療 機 関	医 療 機 関 名			
	住 所			
初 回 産 科 受 診 日	年	月	日	
初 回 産 科 受 診 料				円
助成申請額（上限1万円）				円
申請者の属する世帯の状況	世帯の構成員氏名	続柄	生年月日	職業
		本人		