

新居浜市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援業利用申請書

年 月 日

(宛先) 新居浜市副市長

申請者 住 所  
氏 名  
生年月日 年 月 日 ( 歳)  
電話番号 ( )

次のとおり新居浜市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業について、次のことについて同意の上利用を申請します。

世帯の状況	1 住民税非課税世帯 (1月1日の住民登録は新居浜市ですか? はい・いいえ) 2 その他 ( )			
妊娠について	市販の妊娠検査薬で陽性を確認しました。 陽性確認日 年 月 日			
緊急連絡先	氏 名	対象者との関係:		
	住 所			
	TEL			
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業等

- 市町が世帯の課税状況及び家庭状況を確認することに同意します。
- 妊娠期から育児期に必要な支援を受けることに同意します。
- 市町が、産科医療機関が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有することに同意します。