

妊娠判定受診料公費負担申請書

平成 年 月 日

平 群 町 長 殿

申請者

住 所

氏 名

ⓐ

T E L

下記により妊娠判定受診料公費負担を申請します。

また、対象者の属する世帯構成員の市町村民税課税状況等について、貴市町村が調査することに同意します。

対象者	氏 名		生年	昭和 平成
			月日	年 月 日 (歳)
	住 所	〒		
	*申請者と同 一の場合は 記載不要	T E L - -		
	妊娠判定受 診を希望す る理由 *該当欄に○印 又は()内に 内容を記入し てください。	1. 妊娠の兆候があるため (月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高温など) 2. 一般用妊娠検査薬で陽性反応がでたため 3. その他 ()		

対象者の属する世帯の状況	世帯構成員名	対象者 との続柄	生年月日	職業	備考
		(世帯主)			
		対象者			