第１号様式（第６条関係）

妊娠判定受診料公費負担申請書

　　　　年　　月　　日

御　杖　村　長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

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について、貴村が調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏　名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | |
| 住　所  ＊申請者と同一の場合は記載不要 | 〒  奈良県宇陀郡御杖村大字  ＴＥＬ　　　　　-　　　　　- | | | | | |
| 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 |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  |