

松野町低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業利用申請書

年 月 日

松野町長様

申請者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話番号（ ）

次のとおり松野町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、下記の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 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た。 陽性確認日 年 月 日				
緊急連絡先	氏名	申請者との関係：			
	住所				
	電話番号				
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	職 業	備 考

【確認欄（同意する場合はチェック☑を入れてください。）】

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、町及び関係機関から必要な支援を受けることに同意します。

産科医療機関が把握した情報は、必要に応じて町と情報共有することに同意します。