

受付印

尼 崎 市 長 宛

関係書類を添えて次のとおり初回産科受診料助成券の交付を申請します。

なお、次のことについて同意します。

- ☐ 住民基本台帳等により世帯情報を確認すること
☐ 必要な場合尼崎市と医療機関が支援を提供するために必要な受診状況や家庭の状況等を共有すること
※世帯全員の所得を証明する書類を省略する場合
☐ 世帯の課税状況を確認すること

申請年月日		年 月 日	※妊婦が未成年の方の場合は、「申請者」欄に 法定代理人の氏名等を記入してください。	
申請者氏名	ふりがな		生 年 月 日	続柄
	氏 名	※氏名変更予定のある方は、新氏名 []	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 ()		
妊婦情報：□申請者と同じ ➡ 申請者と異なる場合のみ、下記色網掛け内にご記入ください。				
妊婦氏名	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名	※氏名変更予定のある方は、新氏名 []	年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 ()		
妊娠について		☐ 医療機関で妊娠判定を受けていない ☐ 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した 検査日 (年 月 日)		
経済状況		☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他 ()		
受診予定の 産科医療機関				

＜職員記載欄＞

受付時記載欄	☐ 本人（妊婦）確認書類の確認		
	年齢確認	☐ 成人（18歳以上）	
		☐ 未成年（17歳以下）→ ☐ 法定代理人記載 ☐ その他（下記状況確認欄へ記載）	
		状況確認欄	
	☐ 転入 ・ 転出 （ 年 月 日）		
☐ 世帯の課税状況の確認			

審査結果	助成券番号	北部・南部 地域保健課			健康増進課		
☐ 適 ☐ 不適 → ☐ 課税状況 ☐ その他（ ）		課長	係長	係	課長	係長	係