

年 月 日

和泉市長 あて

(申込者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(申込者が自署しない場合は、記名押印ください。)

電話番号 \_\_\_\_\_

### 妊娠判定受診補助券申込書

下記により妊娠判定受診補助券を申込します。

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、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 <small>* 申込者と同じの場合は記載不要</small>	〒 _____			
	妊娠判定受診を希望する理由 <small>* 該当欄に○印又は( )内に内容を記入してください。</small>	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			

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	補助券番号	処理日	. .	担当者
	<input type="checkbox"/> 健康保険証				
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				

# 見本

日付は申込日を記入してください。

様式第1号（第6条関係）

令和4年4月1日

※訂正がある場合は、申請者の名前  
を訂正箇所に署名してください  
※消えるペン（フリクション等）の  
使用は控えてください

(申込者) 住所 **和泉市府中町四丁目22番5号**

氏名 **健康 花子**

(申込者が自署しない場合は、記名押印ください。)

電話番号 **0725-47-1551**

## 妊娠判定受診補助券申込書

下記により妊娠判定受診補助券を申込します。

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、調査することに同意  
します。

対象者	氏名	<b>健康 花子</b>	生年月日	<b>平成●年●月●日</b> ( 歳)	
	住所	〒 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
	<b>健康 太郎</b>	(世帯主)	<b>平成●年●月●日</b>		
	<b>健康 花子</b>	対象者	<b>平成●年●月●日</b>		

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	補助券番号	処理日	担当者
--------	---	-------	-----	-----

