

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

様式第1号 (第6条関係)

日付は申込日を記入してください。

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	健康 花子	生年月日	平成●年●月●日 (歳)	
	住所	〒 TEL - -			
	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
	健康 太郎	(世帯主)	平成●年●月●日		
	健康 花子	対象者	平成●年●月●日		

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
--------	---	-------	-----	-----

