第１号様式（第５条関係）

**愛川町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付申請書**

年　　　月　　　日

愛川町長　殿

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

　愛川町低所得の妊婦に対する初回産科受診料助成金交付要綱第５条に基づき、必要書類を添えて次のとおり申請します。

１　申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　初回産科受診結果

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　診　日 | 医療機関等 | 受診料金 |
| 年　　月　　日 | 　 | 　 |
| 円 |

３　誓約・同意事項 各項目のチェック欄（ □ ）に『レ』を入れてください。

□　所得判定のため、住民基本台帳及び世帯の課税状況を確認することに同意します。

□　妊婦健康診査の受診医療機関等の関係機関と町が必要に応じて支援に必要な情報 （妊婦健康診査の未受診確認や家庭の状況等を含む）を共有することに同意します。