

年 月 日

小野市長 様

小野市初回産科受診料支援事業申請書

下記により初回産科受診費用助成券の交付を申請します。
なお、以下について同意します。（□に☑を記入）
□申請者の属する世帯構成員の市民税課税状況について、貴市が調査すること
□受診医療機関等の関係機関と市が、支援に必要な情報について共有すること

※太枠内のみ記入してください。

申 請 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 小野市	
	電 話	※昼間に連絡可能な番号 ()	
	受診（予定） 医 療 機 関		

〔市記入欄〕

□助成対象要件

→□非課税世帯または生活保護世帯

□その他市長が認める者

□非該当

受 付 印