

妊娠判定受診料助成金交付申請書兼同意書

年 月 日

広陵町長 様

(申 請 者)
住 所
氏 名 (署名又は記名押印)
電 話 番 号

下記により妊娠判定受診料の助成金交付を申請します。
また、対象者の属する世帯構成員の町民税課税状況について、貴町が調査することに同意します。

対 象 者	氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (歳)		
	住 所 *申請者と同一の場合 は記載不要	〒 (連絡先：)				
	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 記入して下さい。	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 (対象者を含む)	対象者との 続柄	生年月日	職業	備考	
	(世帯主)					