様式第１号（第５条関係）

年　　月　　日

大和高田市長　宛

申請者

住　所

氏　名　　印

ＴＥＬ

大和高田市妊娠判定受診費用助成申請書

次のとおり妊娠判定受診費用の助成を申請します。

また、対象者の属する世帯構成員の市民税課税状況について、担当職員が課税状況を閲覧することに同意します。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日（　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒

TEL　　－　　－
＊申請者と同一の場合は記載不要</td></tr>
<tr><td>妊娠判定を希望する理由
＊該当欄に○印又は（　）内に記入してください。</td><td colspan="3">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出たため
３．その他（　　）
＊妊娠判定受診日→受診されている場合、ご記入ください。
年　　月　　日　病院名：</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="10">対象者の属する世帯（１月１日時点）</td><td>世帯構成員名</td><td>対象者との続柄</td><td>生年月日</td><td>職業</td><td>備考</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>