第１号様式

妊娠判定受診料公費負担申請書

年　　月　　日

三　宅　町　長　　殿

申請者
住　所
氏　名
電　話

下記により妊娠判定受診料公費負担を申請します。

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、三宅町が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 ＊申請者と同一の場合は記載不要	〒 TEL　　―　　―		
	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ください。	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） ２．一般用妊娠検査役で陽性反応がでたため ３．その他（　　）		

	世帯構成員名	対象者との続　柄	生年月日	職　業	備　考
対象者の属する世帯の状況					