

様式第1号（第5条関係）

四條畷市長 様

年 月 日

四條畷市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援助成券交付申請書

四條畷市低所得の妊婦に対する初回産科受診料支援事業実施要綱第5条第1項第1号に基づき、助成券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 助成金の交付申請をするにあたり、下記5項目に同意します。  
(同意する場合は□に✓を記入してください。)

(1) 市が助成の適否を判断するため、世帯の課税状況を確認すること。	<input type="checkbox"/>
(2) 妊婦健診の受診医療機関等と市が、必要に応じて支援に必要な情報（妊婦健診受診回数や家庭の状況等）を共有すること。	<input type="checkbox"/>
(3) 妊娠検査薬等で陽性を確認したこと。	<input type="checkbox"/>
(4) 必要に応じて市からの支援を受ける入れること。	<input type="checkbox"/>
(5) 請求内容に虚偽又は瑕疵が発覚した場合は、直ちに市長に対し受領した金額を返還すること。	<input type="checkbox"/>

- 2 申請対象者（検査を受ける人）

フリガナ 申請者氏名 (自署してください。)	
申請者住所	(〒 - )
電話番号	