

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

三木市長 様

三木市住民税非課税世帯等妊婦に対する初回産科受診料  
助成券交付申請書

住民税非課税世帯等妊婦の初回産科受診料助成券の交付を受けたい  
ので、三木市住民税非課税世帯等妊婦の初回産科受診料支援事業実施  
要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、助成券の交付申請に当たり、下記の同意事項に同意します。

記

ふりがな 申請者氏名 (受診する本人)	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	〒 —
電話番号	( ) ※日中に連絡可能な番号を記入してください
メールアドレス	
受診する予定の 医療機関名	

【同意事項】

- (1) 所得判定のため世帯の課税状況を確認すること。
- (2) 妊婦健診を受診する医療機関と市が支援に必要な情報を共有すること。