様式第１号（第５条関係）

加賀市初回産科受診票交付申請書

年　　月　　日

（あて先）加賀市長

申請者
住　所　加賀市
氏　名
続　柄　（　　）
TEL　　－　　－

下記により加賀市初回産科受診票の交付を申請します。
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貴市が調査すること及び医療機関等の関係機関と貴市が支援に必要な情報を共有することに同意します。

記

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	〒 加賀市 TEL　　－　　－		
	申請理由 ※該当欄に○印または（）内に内容を記入	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（　　）		
	受診予定医療機関			