

別記様式（第4条関係）

砺波市プレ妊活健診費助成事業受診票交付申請書

砺波市長 あて

砺波市プレ妊活健診費助成事業受診票の交付を受けたいので、申請します。

	ふ り が な 氏 名	生年月日（この申請日の年齢）
夫		年 月 日 (生 歳)
妻		年 月 日 (生 歳)
住 所	〒	
電話番号	夫 () 妻 ()	
婚 姻 (事実婚) 年月日	年 月 日	
【同意事項】 下記をお読みいただいた上、□にチェックしてください <input type="checkbox"/> 本申請の審査に必要な範囲で、住所地及び夫婦の続柄について砺波市が確認することについて同意します。 <input type="checkbox"/> 受診票発行後、他市町村に転出された場合、受診票は使用できません。 <input type="checkbox"/> 以前にプレ妊活健診を受診したことはありません。 (以前に受診したことがある場合は助成対象外となります。) <input type="checkbox"/> 必要に応じ、他市町村における当事業の受診歴等を砺波市が確認することについて同意します。 次の項目については事実婚の方のみ確認し、□にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 上記の申請者2名については、事実婚関係にあります。 年 月 日 申請者署名 (夫) _____ (妻) _____		

【添付書類】

戸籍謄本