

氷見市コウノトリ健診（とやまプレ妊活健診）費助成事業交付申請書

年 月 日

氷見市長あて

〒

申請者 住 所  
氏 名

氷見市コウノトリ健診費助成事業受診票の交付を申請します。

	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日 (電 話 番 号)
夫	( )	年 月 日生 ( 歳 ) (電話 )
妻	( )	年 月 日生 ( 歳 ) (電話 )
婚姻（事実婚）年月日	年 月 日	
※夫婦の住所が異なる場合は、夫または妻の住所を記入	〒	
本申請にあたって、以下の事項に同意します。 1 本申請の審査に必要な範囲で、氷見市が住所地及び夫婦の続柄について確認することについて同意します。 2 必要に応じ、他市町村における当事業の受診歴等を氷見市が確認することについて同意します。なお、他市町村から発行された受診票を用いて受診しません。 3 必要書類（戸籍謄本）を添えて申請します。		
年 月 日		
申請者署名		
(夫) _____ (妻) _____		