

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

龍ヶ崎市長 様

申請者 住所
氏名

龍ヶ崎市妊娠判定受診券交付申請書

以下のとおり、妊娠判定受診券の交付を申請します。

対象者	住所	龍ヶ崎市			
		電話番号			
	氏名		生年月日 年 月 日		
	妊娠判定を受診する理由	1 妊娠の兆候があるため（月経が止まった、つわりがある、基礎体温が高い等） 2 一般妊娠検査薬で陽性反応が出たため 3 その他（ ）			
対象者の属する世帯の状況	世帯構成員氏名	続柄	生年月日	職業	備考
以下のことに同意します。					
氏名					
1 この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、私及び私が属する世帯の構成員の市民税の課税状況等について公簿を参照すること。市の求めに応じて、所得等を証する書類を提出すること。 2 市が保有する私に関する必要な情報を委託医療機関に提供するとともに、妊娠判定を実施した後に龍ヶ崎市が委託医療機関から必要な報告を受けること。					