

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

(宛先)山 口 市 長 様

山口市初回産科受診同行利用申請書

次のとおり、山口市初回産科受診同行の利用を申請します。

申請者 (受診する 本人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	住 所	〒
	電話番号	
	メールアドレス	
添付書類	世帯全員の課税状況が確認できる書類(課税証明書等) ※同意欄に署名した場合は省略可	

同 意 欄

山口市初回産科受診料支援の利用の申請の審査に当たり、次の事項に同意します。

- ・申請者の属する世帯の住民税の課税状況を確認すること。
- ・市と受診する産科医療機関等が、支援に必要な同行利用者の情報を共有すること。
- ・産科医療機関の受診において、山口市職員が同行すること。

申請者 氏名\_\_\_\_\_

世帯員 氏名\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_