

長崎市初回産科健康診査受診票交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 長崎市 長

申請者 住所 _____

氏名 _____
受診者との続柄 ()

長崎市妊産婦及び乳幼児健康診査実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

ふりがな		生 年 月 日
受診者氏名		昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	<input type="checkbox"/> 同上 (申請者と同一の場合)	
電話番号		
妊娠について	<input type="checkbox"/> 市販の妊娠検査薬で陽性を確認した (検査日 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 医療機関で妊娠判定を受けていない	
経済状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()	
受診予定の産科医療機関	<input type="checkbox"/> 未定 ・ <input type="checkbox"/> 予定 () (次回の受診予定 令和 年 月 日)	
審査のため、世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧すること及び長崎市が必要な支援を提供するため医療機関等へ受診内容や家庭の状況等を共有することについて同意します。		
* (添付書類) 世帯調書 (第9号様式)		