

様式第1号（第5条関係）

助産施設入所申込書

令和 年 月 日

岩見沢市長 様

住所 岩見沢市

妊産婦

氏名

助産施設への入所について、次のとおり申し込みます。

妊産婦の氏名		(昭・平 年 月 日生 歳)							
妊産婦の住所		岩見沢市 電話番号 () -							
入所を希望する助産施設名		第一希望		岩見沢市助産施設					
		第二希望							
出産予定日		令和 年 月 日							
申込みの理由									
生活保護の状況		適用なし ・ 適用あり (平・令 年 月 日保護開始)							
健康保険の加入状況		保険の種類				出産一時金		円	加入なし
		記号			番号			被保険者名	
世帯の状況	氏名 (個人番号)	続柄	性別	生年月日	職業	備考			
	()	本人	女	昭平 . .					
	()		男・女	平令 . .					
	()		男・女	平令 . .					
	()		男・女	平令 . .					
	()		男・女	平令 . .					