

様式第1号（第5条関係）

### 助産施設入所申込書

岩見沢市長 様

令和 年 月 日

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 . .		
	( )		男・女	平令 . .		