様式1号

**妊婦給付認定申請書**

吹田市長

　妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします。

**１．申請者の情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | | | | | | 申請日　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| ふ り が な |  | | | | | | | | | | | | 年齢 |  | | 職業 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 | |  | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居　住　地 | （現住所と異なる場合のみ記載） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胎児の数 | 人 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**個人番号確認書類等をお持ちでない場合は、以下に☑を付けてください。**

**・市職員が個人番号の閲覧等を行うことに　□同意します。**

**２．妊娠に関して診療を受けている医療機関の情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診断した医師の氏名 |  |