

葉酸サプリメント支給申請書

年 月 日

加須市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

加須市レコンセプションケアに係る葉酸サプリメント配布実施要綱第4条の規定により申請します。

支給対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日
	住 所		
	電 話 番 号		
該当理由(いずれかに☑を記入)			
<input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性			
<input type="checkbox"/> 加須市に妊娠届を提出し、母子健康手帳の交付を受けた女性 (母子健康手帳番号:)			
<input type="checkbox"/> あわせて妊娠に係る出産準備助成品の支給を希望します。			

<確認事項>

- 葉酸サプリメントの摂取について、職員による説明を受け、適切に使用します。
- 葉酸サプリメントを他の者に譲渡、又は転売しません。
- (妊娠を希望する女性のみ)過去に「加須市レコンセプションケアに係る葉酸サプリメント配布実施要綱」に基づく葉酸サプリメントの支給を受けていません。

【市記入欄】

<input type="checkbox"/> 職員による事前説明			
説明者		支給日	