様式第1号（第4条関係）

いしかわプレ妊活健診受診券交付申請書

年　　月　　日

羽 咋 市 長

いしかわプレ妊活健診受診券の交付を受けたいので、申請します。

夫	氏名（ふりがな）	生年月日　　年　　月　　日生
	住所	〒　　年齢　　歳
	連絡先	
	婚姻（事実婚）後に居住したことのある市町村（＊1）	〒
妻	氏名（ふりがな）	生年月日　　年　　月　　日生
	住所	〒　　年齢　　歳
	連絡先	
	婚姻（事実婚）後に居住したことのある市町村（＊1）	〒
婚姻（又は事実婚）年月日（＊2）		年　　月　　日

下記の事項を確認し、□にチェックしてください。

□　私たち夫婦は、以前にいしかわプレ妊活健診を受診したことはありません。

□　本申請の審査に必要な範囲で、住所及び夫婦の続柄について羽咋市が確認することについて同意します。

□　必要に応じ、他市町における当事業の受診歴等を羽咋市が確認することに同意します。
　なお、他市町から発行されたいしかわプレ妊活健診受診券を用いて受診しません。

年　　月　　日

申請者署名

（夫）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（妻）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注意事項）

＊1　婚姻（事実婚）後、羽咋市以外の市町に居住したことがある場合記入してください。

＊2　婚姻（事実婚開始）日を記載してください。

（添付書類）

・必要に応じ、婚姻関係の確認のため、戸籍謄本の添付をお願いすることがあります。

・事実婚関係にある夫婦は別途申立書を添付

市使用欄

受診券番号										