

妊娠、出産に関する受診申告書

以下のとおり、医療機関にて受診したことを申告します。

受 診 先	
受 診 日	年 月 日
受 診 者	
受 診 内 容	

※仙台市の結婚新生活支援補助金の要件を満たすものは妊娠（不妊治療も含む）、出産に関する相談のみです。

※こちらは「仙台市結婚新生活支援事業」でのみ使用いたします。

※夫婦で受診した場合は申請者1枚、配偶者1枚の合計2枚を提出してください。

※医療機関の受診に要する費用等はすべて自己負担となります。

申請者住所：_____

申請者氏名：_____ ⑩

【領収書・レシート貼付欄】※枠内にのり付けして撮影し、電子申請の際に写真を添付してください。

--