

葉酸サプリメント支給申請書

年 月 日

宇陀市長 様

(申請者)

住所

氏名

電話番号

利用者との続柄

葉酸サポート事業（葉酸サプリメント）の利用について、下記のとおり申請します。

記

利用者	(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 (-) 宇陀市		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ - -		
	該当理由 (①、②のいずれかに○を記入) ① () 妊娠を希望する者 ② () 市に妊娠届出書を提出し親子健康手帳(母子健康手帳)の交付を受ける者			
備考				

<確認事項>

葉酸のサプリメント摂取について、説明を聞き、適切に使用します。

葉酸のサプリメントを利用者以外に譲渡、転売、または摂取利用させません。

葉酸サプリメントの利用について説明を聞き、上記内容を確認して、適切に使用することに同意します。

(申請者と利用者が違う方の場合は、利用者が同意したとみなします。)

申請者氏名 _____

※添付書類 利用者確認書類写し