

葉酸サプリメント支給申出書

年 月 日

美 咲 町 長 宛て

(申出人)
住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____
利用者との続柄 本人・その他 (_____)

美咲町葉酸サポート事業実施要綱第 3 条第 2 項の規定に基づき、葉酸サプリメントの支給を受けたいので申し出ます。

利用者	(ふりがな) 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) ☐ 婚姻届を提出した届出人 _____ (婚姻届提出日： 年 月 日) ☐ 母子健康手帳の交付を受けた者 (母子健康手帳交付日： 年 月 日)	
備 考		

(確認事項)

- ☐ 葉酸サプリメントの摂取について、説明を聞き適切に使用します。
- ☐ 葉酸サプリメントを利用者以外に譲渡、転売しません。
- ☐ 上記について、同意します。

町記入欄

☐ 婚姻 ☐ 専門職による事前説明				☐ 妊娠 ☐ 専門職による事前説明			
☐ 2				☐ 1			
担当		支給日	/	担当		支給日	/