

志免町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

志免町長 様

標記について、次のとおり志免町産後ケア事業の利用を申請します。本申請書により、利用者負担額（自己負担額）の決定に必要な世帯の市町村民税課税状況、生活保護の受給状況を確認されることに同意します。

項目全てに該当する方が対象となります。 ☒ をお願いします。				
☐ 私は、志免町内に住民登録（住民票）があります。				
☐ 産後ケア事業の利用に当たり、志免町と産後ケア事業実施施設の間で必要な個人情報の共有を行うことに同意します。				
ふりがな		生年月日	年 月 日 （ 歳）	
氏名		電話番号		
住所	〒 志免町		母子健康 手帳番号	
世帯 区分	☐ 市町村民税課税世帯 ☐ 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 ※生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯の方で、志免町において課税資料等の確認ができない場合（転入など）は課税証明書等の写しをご提出下さい。			
緊急時 連絡先	氏名 (続柄)		電話番号	
子の氏名	(第 子)	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
子の氏名	※多胎児の場合 (第 子)	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
出産施設名			多胎の有無	☐ 無 ☐ 有 () 人
産後ケア事業利用状況		☐ 初回 ☐ () 回利用済		

≪市町村記入欄≫

世帯区分	☐ 市町村民税課税世帯 ☐ 生活保護世帯・市町村民税非課税世帯 生活保護受給証明書又は課税証明書等の写し 有・無 ()	産後ケア事業 利用状況	☐ 母子健康手帳 確認済
------	--	----------------	--

申請受付日	年 月 日
-------	-------