

No. _____

志免町産後ケア事業利用者負担額減免申請書

年 月 日

志免町長 様

私は、産後ケア事業利用者負担額の減免を受けたいので申請します。
本申請により、生活保護の受給状況、世帯の町民税課税状況を確認されることに同意します。

(申請者) 氏 名

住 所 志免町	電話番号
利用者氏名	生年月日 S・H 年 月 日
世帯主氏名	出産日 R 年 月 日
申請の事由 1. 生活保護を受けている世帯に属している。 2. 町民税を課税されていない世帯に属している。	

処 理 欄	受付年月日	受付者名	減免認定確認
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 非該当

志免町産後ケア事業利用者負担額減免証明書

様

No. _____

志免町が行う産後ケア事業利用者負担額について減免対象者であることを証明します。

年 月 日

志免町長 世利 良末

減免承認期限 年 月 日 まで

	宿泊型	通所型	訪問型
利用者負担額	1,000円/日	500円/日	500円/日