

様式第1号（第6条関係）

錦江町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

錦江町長 様

申込者 住 所
氏 名 (利用者との関係)
電話番号

産後ケア事業を利用したいので、錦江町産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住 所		緊急連絡先 続柄	氏名		
	出産 (予定) 日	年 月 日				
	分娩 (予定) 施設					
世帯構成	氏 名	対象者との 続柄	生年月日	職業	備 考	
事業の種類	1 日帰り型		2 訪問型	3 宿泊型		
利用希望期間	年 月 日から		年 月 日 (日間)			
申請理由						
<p>産後ケア事業利用者負担金の額を決定するため、利用者の属する世帯の当該年度分（4月1日から6月末日までの期間の申請にあっては、前年度分）の市町村民税の課税状況又は生活保護法の適用を受ける被保護世帯等の確認が必要となりますので、次のいずれか希望される方法を選択し、□にレ点を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該年度分の市町村民税の課税状況を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 生活保護法に基づく被保護者等である旨を証する書類を添付します。</p> <p><input type="checkbox"/> 私達は、産後ケア事業の利用者負担額の決定にあたり、錦江町が保有する私達の市町村民税の課税状況又は生活保護等に関する情報について、錦江町職員が調査することに同意します。（※以下に、自署又は記名押印してください。）</p>						
<p style="text-align: center;">_____ 印 _____ 印</p>						

※ この申請書を提出する際は、母子手帳をご持参ください。