

年 月 日

東かがわ市長 殿

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

東かがわ市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

(同意事項)

- 1 申請につき市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。また、生活保護の受給の有無について確認されることについて同意します。
- 2 転入等のため世帯の課税状況等が確認できない場合において、世帯の課税状況を証明する書類等を提出できない場合は住民税課税世帯とみなされることを承諾します。
- 3 世帯の課税状況等の変更があった場合には、速やかに申し出ます。またその結果として、自己負担額が変更になる場合があることを承諾します。
- 4 当該事業にかかる全ての利用者情報について、事業の実施や保健指導等のため必要に応じ、利用施設及び東かがわ市が共有することを承諾します。
- 5 当該事業の利用において、虚偽の申告に基づく利用やその他不正行為が認められた場合は、これにかかった費用を自費で支払います。

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	東かがわ市 電話 ()		
子の氏名		生 年 月 日	年 月 日
出産予定日 (妊娠中の方)	年 月 日	退院 (予定) 日 (出産後の方)	年 月 日
出産 (予定) 施設名			
申請理由 (具体的に記入)			
利用料区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※ 該当年 1 月 2 日以降に東かがわ市に転入された方で、非課税世帯の方 その内容を証明する書類を提出してください。		
備 考			

※ この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。