

羽生市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。利用に際しては、次の事項に同意します。

- 1 市が住民基本台帳による住民登録の有無、課税状況及び生活保護の受給の有無を確認すること。
- 2 産後ケア事業の利用に必要な情報を、市が産後ケア事業を実施する委託者に提供すること。
- 3 産後ケア事業を実施する委託者から市に利用状況を報告すること。
- 4 産後ケア事業利用時に、利用者負担額を産後ケア事業を実施する委託者に対し支払うこと。
- 5 利用者負担額の世帯区分の確認ができない場合は、市町村民税課税世帯の利用者負担額を支払うこと。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
ふりがな		出生時の体重等	
子の氏名			
出産(予定)日		退院(予定)日	
出産(予定)施設			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

※市記入欄

(承認・不承認)	承認 ・ 不承認
決定年月日	年 月 日
住基確認	<input type="checkbox"/> 済
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
貼付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書