

音更町産後ケア事業利用(登録)申請書

音更町長 宛て

私は下記のとおり、音更町産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

申請者 (母)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
	電話番号			
	出産予定日	年 月 日	出産予定病院	
子	ふりがな 氏名	(男・女)	※多胎児の場合はご記入ください。 (男・女)	
	生年月日		出産病院	
申請理由	出産後、家族等から支援を受けられず、体調の回復や育児に不安等がある。			
※あてはまるものに○をつけてください。	その他()	※その他の理由を具体的に記入してください。		
<p><同意欄></p> <p>①申請内容に虚偽があった場合は、当該事業を利用することはできません。</p> <p>②利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望に添えないこともあります。</p> <p>③当該事業に必要な情報を事業者を提供する場合があります。</p> <p>④利用の結果については、事業者から町に報告されます。</p> <p>⑤当該事業の利用(登録)申請の審査に当たり、町が公簿等により申請者の属する世帯の課税状況を確認します。</p> <p>⑥音更町産後ケア事業利用証を提示せずに、事業を利用することはできません。</p> <p>上記①②③④⑤⑥に同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者氏名 (印)</p>				

※音更町記入欄

受付年月日		決定年月日	
費用負担区分	生活保護世帯:0円 ・ 町民税非課税世帯:750円 ・ 町民税課税世帯:1,500円		
登録	仮登録 → (年 月 日)	本登録	本登録を確認した日
承認の有無	承認する ・ 承認しない		
処理欄	<input type="checkbox"/> 受付 ・ <input type="checkbox"/> 証発行 ・ <input type="checkbox"/> 入力		
備考欄			