

津 野 町 長 様

令和 年 月 日

津野町産後ケア事業利用申請書

フリガナ			生年月日	昭和	
利用者氏名				平成 年 月 日	
住所	津野町				
電話番号	携帯（本人）				
緊急連絡先	氏名 （続柄 ） 電話（携帯）				
出産（予定）日	年 月 日				
出産（予定） 医療機関					
世帯構成 (利用者以外)	氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態
					良 ・ 不良
					良 ・ 不良
					良 ・ 不良
					良 ・ 不良
世帯の区分	☐ 町民税課税世帯 ☐ 町民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				
※町記入欄	承認通知書送付日： 令和 年 月 日（ 承認 No. ・ 不承認 ）				

上記のとおり、津野町産後ケア事業の利用を申請いたします。なお、私たちの世帯の所得状況等の必要な情報を、担当課又は関係機関に確認することに同意します。この申請に当たり世帯の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査すること並びに転入等のため世帯の所得状況が町の台帳で確認できない場合において、所得証明書等町民税非課税世帯であることを証明する資料を提出しない場合は、町民税課税世帯とみなされることに同意します。

- ※ 出産後に申請する場合は、世帯構成欄に出生児の氏名を記入してください。
- ※ 所得状況は、前年の所得（1月から6月までの申請については、前々年の所得）を確認します。
- ※ 町民税非課税世帯であり、かつ、転入等のため所得状況が町の台帳で確認できない場合は、別途世帯の証明書等の資料を提出していただきます。
- ※ 生活保護世帯の方は、生活保護受給証明書の提出をお願いします。

また、津野町産後ケア事業の委託先へ申請事項等の記載内容を情報提供すること及び本事業の利用状況等を今後の母子保健事業に活用していくことに同意します。

申請者住所	津野町
申請者氏名	
電話番号	— —