

様式第1号（第10条関係）

大野城市産後ケア事業利用者負担額免除申請書

年 月 日

大野城市長 宛

産後ケア事業の利用者負担額の免除について、大野城市産後ケア事業実施要綱（令和5年要綱第13号）第10条の規定により、以下のとおり申請します。

ふりがな 利用者 氏名		生年月日	年 月 日
住所	大野城市		
電話番号	— —	緊急 連絡先	氏名 (続柄:) TEL: — —
流産又は 死産となった日	年 月 日		
出産(予定)日	年 月 日		
ふりがな 乳児氏名		生年月日	年 月 日(第 子)
申請理由 (※)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		
課税台帳 閲覧等の 同意	利用者負担金決定のため、市が住民基本台帳及び世帯員の課税台帳を閲覧すること、所得証明書を確認すること、及び生活保護受給の有無を確認することに同意します。 【同意欄 <input type="checkbox"/>】		
情報共有 の同意	利用申請後は、市と利用施設が産後ケア事業に係る情報及び利用者の健康状態等について共有することに同意します。 【同意欄 <input type="checkbox"/>】		

(※)申請後、課税状況に変更があった場合は、利用者負担金に変更になる可能性がありますので速やかに申し出てください。