

益城町産後ケア事業利用者負担金減免申請書兼同意書

産後ケア事業の利用者負担金の減免を受けたいので、益城町産後ケア事業実施要綱第9条の規定により申請します。

対象者	母氏名：
	子の氏名（出生前等のため未定の場合は空欄可）：
	生年月日又は出産予定日： 年 月 日
申請区分 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 市町村非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯

私は申請にあたり、下記事項に同意します。

記

- 1 利用者負担金決定のため、益城町が利用者及び同世帯の住民基本台帳及び課税台帳、生活保護受給状況等を確認することに同意します。
- 2 1に同意しない又は転入等の理由により益城町が調査・確認できない場合は、世帯の課税状況を証するものを提出します。

年 月 日

益城町長 様

申請者 住 所：
氏 名：
連絡先：

職員使用欄	
確認事項	確認者印
<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯	
<input type="checkbox"/> 非課税世帯	
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	