

千葉県産後ケア事業登録兼利用申請書

(あて先) 千葉市長

年 月 日

下記のとおり千葉県産後ケア事業の登録及び利用をしたいので申請します。  
また、申請にあたり、市が有する住民基本台帳情報を調査すること及び、利用後に産後ケア実施施設が事業実施報告書を千葉県へ提出することに同意します。  
(注) 太枠内と右上の日付をご記入ください。

登 録 ・ 利 用 者	フリガナ			生年月日	昭和・平成		
	氏 名				年	月	日
				年齢	歳		
	住 所		千葉県 区				
	電話番号		(平日・日中つながりやすい電話番号) — —				
	電子メール アドレス						
	出産予定日		年 月 日				
場 合 に 記 入	出 産 後 の	出産日	年 月 日				
		母親の 退院日	年 月 日				
申 請 者	<input type="checkbox"/> 登録・利用者と同一 (記入不要) <input type="checkbox"/> 登録・利用者と異なる (以下に記入)						
	フリガナ			(登録・利用者からみた) 続柄			
	氏 名						
	住 所						
	電話番号		(平日・日中つながりやすい電話番号) — —				

※この申請に伴い、本人及びその世帯員の課税情報及び生活保護受給状況について市が調査することに同意する場合は、裏面の同意書をご記入ください。  
同意しない又は転入等の理由により市が調査・確認できない場合で、自己負担額の減額を希望しない場合は、以下に記入してください。

<input type="checkbox"/> 減額を希望しません	登録・利用者氏名	(自署又は記名押印)
------------------------------------	----------	------------

千 葉 市 記 入 欄		
申請受理年月日	年 月 日	(受付印)
登録番号		
(登録承認・不承認)	承認 ・ 不 承認	
決定年月日	年 月 日	
(備考欄)		
<input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 支援者不足 <input type="checkbox"/> 母の体調不良 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 児入院		
(システム入力) <input type="checkbox"/> 済   ( 課税 ・ 非課税 ・ 生活保護 )		
(添付書類) <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他 (   )		

産後ケア事業に関する課税状況等の調査にかかる同意書

私は、千葉市産後ケア事業の申請の審査に必要な場合は、千葉市における市民税の課税に関する情報及び生活保護受給状況について、市が調査・確認することに同意します。

年 月 日

フリガナ		生年月日	
登録・利用者氏名	印	年 月 日	
住 所			
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		
フリガナ		続柄	生年月日
世帯員氏名	印		年 月 日
住 所	(登録・利用者と異なる場合に記入)		

(注) ・氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとします。  
・世帯員欄は、登録・利用者と住民票上同一世帯となる１５歳以上の世帯員全員を記入してください。  
また、住民票が別でも、生計を同一にしている１５歳以上の世帯員がいる場合は記入してください。  
・他市町村からの転入等の理由により千葉市での課税資料が確認できない場合は、書面での提出が必要になります。  
・未申告等の理由により、課税資料が確認できない場合は、課税担当課にて手続きをしていただく場合があります。