

（あて先）南阿蘇村長

年 月 日

南阿蘇村産後ケア事業利用申請書

下記のとおり、南阿蘇村産後ケア事業の利用を申請します。

なお、この申請にあたり、利用料決定のために南阿蘇村が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に同意します。

また、利用者への支援に資するため、必要な情報を南阿蘇村と事業受託事業者が相互に情報提供することに同意します。

記

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	南阿蘇村大字		
電話番号	自宅	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	
利用希望施設等	第1希望		第2希望
申請理由 (具体的に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 産後、心身に不調がある <input type="checkbox"/> 体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児不安がある <input type="checkbox"/> 乳房ケアを希望する <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
※担当者記入欄	通知書送付日： 年 月 日 (承認 ・ 不承認)		

備考

- ※ 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。
- ※ 村民税非課税世帯であり、かつ、転入等のため所得状況が村の台帳で確認できない場合は、別途世帯の所得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示をお願いいたします。
- ※ 利用者と申請者が異なる場合（配偶者や家族等が代理で申請する場合は、申請者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）を提示していただきます。