

## 筑紫野市産後ケア事業利用者負担金適用申請書

年 月 日

（宛先）筑紫野市長

私は、産後ケア事業の利用者負担金の適用について、筑紫野市産後ケア事業実施要綱第9条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請に際して以下の内容について同意します。

- 世帯状況及び利用者負担金に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税の状況を閲覧すること。また、転入等の理由により市が調査できず、課税の状況等の確認ができない場合は、世帯全員の課税状況を証明するものを添付すること。
- 産後ケア事業の利用に必要な情報を、市と委託事業者が相互に共有すること。

申請者（利用者）情報	
氏 名	生年月日
住所	
電話番号	
出産日（出産予定日） 年 月 日	子氏名（多胎児は同欄に併記）
申請の事由（該当するものに○をつけてください） 1 生活保護を受けている世帯に属している。 2 市町村民税非課税世帯に属している。（※）	

※申請の事由の2に該当する者のうち、1月2日以降に転入された方は、前住所地の非課税証明書（18歳未満を除く世帯全員分）の添付が必要です。