

筑紫野市産後ケア事業利用券交付申請書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

筑紫野市産後ケア事業利用券の交付を希望するため、下記のとおり申請します。なお、申請に際して以下のことに同意します。

- ① 利用券の交付において、虚偽の申告に基づく利用や、その他不正行為が認められた場合は、これにかかった費用を全額自己負担で支払うこと。
- ② 本事業を利用する期間において、市が保有する住民基本台帳や、その他本事業の利用に関する情報をこども家庭課が確認及び閲覧すること。
- ☐ 私は、上記のことについて、同意します

ふりがな			生年月日	年 月 日
利用者氏名				
住所	〒 筑紫野市			
送付先住所	〒			
電話番号				
申請理由	☐ 新規 ☐ 転入 ☐ 紛失 ☐ その他 ()			
利用日数 (紛失者のみ)	日	宿泊型(ショートステイ)は1泊につき、2日と数えます。 【例】宿泊1泊+通所(デイサービス)1日+訪問1日の場合、利用は合計4日間		
ふりがな			出産 (予定)日	年 月 日
子の名前	☐ 未定			
希望施設 (ありの場合) ☐ 聖マリア病院 ☐ のぞえの丘病院				

市 記 入 欄	受付日	世帯課税状況	発行日・発行枚数	その他備考
		☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 →減免申請 (有 ・ 無)	年 月 日 枚 ☐ 郵送 ☐ 窓口手交	

担当 _____