

年 月 日

越前市産後ケア事業自己負担金免除申請書兼同意書

越前市長 様

申請者 住 所

氏 名 (利用者との続柄：)
電 話

越前市産後ケア事業実施要綱第8条の規定に基づき、産後ケア事業の自己負担金の免除を申請したいので、次のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、越前市長が、利用者の世帯の所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

利用者氏名		生 年 月 日
		年 月 日 (歳)
住 所	☐ 申請者住所と同じ	
滞在先住所	※里帰り等により住所地以外での滞在先（福井県内に限る）がある場合に記入	
電話番号	☐ 申請者電話番号と同じ	
世帯区分	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯	