

我孫子市産後ケア事業自己負担金免除認定証申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

市民税非課税世帯に該当するため、次のとおり、我孫子市産後ケア事業自己負担金免除認定証を申請します。

申請者氏名	
生 年 月 日	
住 所	
連 絡 先	
分娩予定日・出産日	年 月 日

同 意 書

産後ケア事業自己負担金免除認定証申請の審査に当たり、市県民税課税台帳及び生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯の該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

我孫子市長 あて

申請者氏名
世帯員氏名

世帯員氏名
世帯員氏名

※ この同意書には、申請者及び同一世帯に属する方全員が署名をしてください。ただし、18歳未満の方については、親権者が代わって署名をすることができます。

※ 我孫子市にその年の1月1日の住所がなかった方（ただし、4月又は5月の利用の場合は、前年の1月1日に住所がなかった方）は、市町村民税非課税証明書等の前住所地での市町村民税の課税状況が分かる資料の添付が必要です。