

芦屋町産後ケア減免証明書発行申請書

芦屋町長 様

次のとおり、芦屋町産後ケア減免証明書の発行を申請します。

年	月	日
---	---	---

申請者	住所	〒		
	電話番号			
	(ふりがな) 氏名		利用者 との続柄	

利用者	住所	〒			□ 同上
	電話番号				□ 同上
	(ふりがな) 母の氏名	生年 月日	年 月 日 () 歳		
	(ふりがな) 子の氏名	生年 月日	年 月 日 () か月		
	(ふりがな) 子の氏名	生年 月日	年 月 日 () か月		
減免申請区分		□ 非課税世帯		□ 生活保護受給者	

【同意書】

私は芦屋町産後ケア事業の利用に関し、利用者及びその同一世帯者の、申請に係る年度の生活保護の受給状況・町民税の課税状況を確認することに同意します。

世帯状況	利用者以外の同一世帯者氏名	生年月日	続柄
		年 月 日 () 歳	
		年 月 日 () 歳	
		年 月 日 () 歳	
		年 月 日 () 歳	
		年 月 日 () 歳	
		年 月 日 () 歳	
		年 月 日 () 歳	

減免証明書は、産後ケア利用時に、母子手帳または産後ケア利用券と一緒に提示してください。
提示がない場合、減免されない自己負担額での利用となります。

【処理欄】

受付日	年 月 日	利用者 確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 (マ・運・診・他)
処理者			<input type="checkbox"/> 区分 (一般・非課税・生保)	<input type="checkbox"/> 流産等 (発券番号)