

(様式第5号)

伊丹市産後ケア事業利用者負担金免除申請書

年 月 日

伊丹市長 あて

申請者	住所	住所が利用者と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>
	氏名	受診者本人の場合はチェック <input type="checkbox"/>
	電話番号	

下記の者について、伊丹市産後ケア事業にかかる利用者負担金の免除を申請します。

利用者	住所		
	フリガナ		生年
	氏名		月日

この申請に伴い、利用者及びその世帯員の市民税課税状況及び生活保護の受給状況について市が情報を保有している場合、調査することにするに同意する場合は、下欄の同意書をご記入ください。

1. 他市町村からの転入等の理由により、本市で課税資料が確認できない場合は、書面での提出が必要となります。
2. 未申告等の理由により課税資料が確認できない場合は、課税担当課にて手続きをしていただくことがあります。

伊丹市産後ケア事業に関する課税状況等の調査に係る同意書	
私は、伊丹市産後ケア事業の利用に係る審査に必要な場合は、市民税の課税状況及び生活保護の受給状況について市が調査することに同意します。	
利用者氏名	Ⓜ
世帯員氏名	Ⓜ
世帯員氏名	Ⓜ
世帯員氏名	Ⓜ
世帯員氏名	Ⓜ

※氏名については、記名押印もしくは自筆による署名のいずれかとします。

※世帯員欄には、申請者と住民票上同一世帯となる世帯員全員を記入してください。