別記第１号様式（第６条関係）

年　　月　　日

（あて先）井手町長

井手町産後ケア事業利用申請書　兼　利用料減免申請書

井手町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

申請者	ふりがな 氏名		生年月日	年　　月　　日
	住所	〒 井手町　　電話番号		
緊急連絡先	氏名		申請者との関係	電話番号
	住所			
対象児	児氏名	(1人目)　(男・女)	(2人目)　(男・女)	(3人目)　(男・女)
	生年月日	.　.（　　か月）	.　.（　　か月）	.　.（　　か月）
世帯区分	□町民税課税世帯　　□町民税非課税世帯・生活保護世帯			

利用料にかかる世帯状況

世帯状況及び同意（※申請時点で同一世帯の方についてご記入ください）

氏名	続柄	生年月日	住所
		.　.（　　歳）	□申請者と同じ
		.　.（　　歳）	□申請者と同じ
		.　.（　　歳）	□申請者と同じ
		.　.（　　歳）	□申請者と同じ
		.　.（　　歳）	□申請者と同じ

※井手町にその年の１月１日時点で住所がなかった方（ただし、１月～5月の申請の場合は、前年の１月１日に住所がなかった方）は、前住所地での市町村民税の課税状況がわかる資料を添付してください。

希望するサービスの種類	利用希望日	利用開始時間	利用終了時間
□　①短期入所型	年　月　日　～　年　月　日	:　　:	:　　:
	年　月　日　～　年　月　日	:　　:	:　　:
□　②通　所　型	年　月　日	:　　:	:　　:
	年　月　日	:　　:	:　　:
□　③居宅訪問型	年　月　日	:　　:	:　　:
	年　月　日	:　　:	:　　:
利用希望施設			

利用料の減免

※減額できる利用回数（①～③の利用回数の合計）の上限は５回とする。

□希望する

①短期入所型：　減免回数　　回（　　月　　日　～　　月　　日利用分）

②通　所　型：　減免回数　　回（　　月　　日　／　　月　　日利用分）

③居宅訪問型：　減免回数　　回（　　月　　日　／　　月　　日利用分）

※生活保護世帯又は町民税非課税世帯の方は、利用料の全額を減免します。

①井手町産後ケア事業利用申請書及び事業の利用に必要な情報を受託者に情報提供することに同意します。

②利用料に係る世帯区分を確認するために、私及び私の属する世帯の世帯員の住民基本台帳、課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。

年　　月　　日　　申請者氏名