

（宛先）高松市長

申請者 住所

氏名 ⑩

（自署の場合、押印は不要です）

電話

高松市産後ケア事業利用及び利用者負担額免除（減額）申請書

次のとおり、高松市産後ケア事業を利用したいので、下記に記載の同意事項に同意し、高松市産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定により申請します。

また、高松市産後ケア事業の利用にあたり、高松市産後ケア事業実施要綱第12条第2項又は高松市産後ケア事業実施要綱第13条第2項の規定により、利用者負担額の免除（減額）を申請します。

〈同意事項〉

- 1 申請に当たり高松市が必要と認めるときは、私及び私の世帯員の住民票情報、課税状況及び生活保護の受給の有無について確認されることを承諾します。また、必要に応じ、これらの情報が高松市から利用施設へ提供されることを承諾します。
- 2 必要に応じ、関係書類の提出を行います。
- 3 事業の利用状況等を、高松市が今後の利用者の保健指導の参考にすることを承諾します。
- 4 当該事業の利用において、利用者情報及び利用日数等について虚偽の申告に基づく利用や、その他の不正行為が認められた場合はこれにかかった費用を自費で支払います。

利用者	氏 名		生年月日	年 月 日
	出産施設名		退院日 (退院予定日)	年 月 日
	子の氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日
	出生時の 体重	g (第 子)	/	
配偶者又は 子の親の氏名			生年月日	年 月 日
申請理由 (具体的に記入 してください。)				
世帯の課税状況等の区分		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		
<p><input type="checkbox"/>高松市産後ケア事業の利用にあたり、利用者負担額の免除（減額）を申請します。</p> <p><input type="checkbox"/>高松市産後ケア事業の利用にあたり、利用者負担額の免除（減額）を申請しません。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ ⑩</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合、押印は不要です）</p>				

注

- 1 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。