

荻田町長 様

申請者 住所：荻田町 _____
 氏名： _____ (利用者との続柄： _____)
 連絡先(電話) _____

本事業を利用したいので、荻田町産後ケア事業実施規程第6条に基づき、次のとおり申請します。なお、本書の提出に併せまして、次に掲げる事項に同意し、その旨を表明します。

町が本事業の実施に必要な情報を委託事業者を提供すること及び委託事業者が町に対して個人情報を提供することに同意します。 本事業の利用に関して、委託事業者より請求のあった利用料を支払うことを約束します。

利用者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	母の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		(歳)		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 荻田町				
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	母子健康手帳番号 ()			
	ふりがな		生年月日	年	月	日
	子の氏名					
	ふりがな		生年月日	年	月	日
子の氏名						
申請理由	(特に心配なこと等具体的に記入して下さい。)					
緊急連絡先	ふりがな		電話番号			
	氏名	続柄()				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				

(町記入欄)

世帯の課税状況	1. 市町村民税課税世帯	世帯員課税情報確認 確認者()
	2. 市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 公簿
	3. 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 添付書類