様式第６号（第１４条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者→市）

年　　　月　　　日

（宛先）旭川市長

旭川市産後ケア事業減額申請書

次のとおり，旭川市産後ケア事業の自己負担額に係る減額を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ)  申請者氏名 |  | | 生年月日 | | |  | |
| 申請者住所 | 〒 | | | | | | |
| 連絡先電話番号 |  | | | | | | |
| 世帯構成 | 氏　名 | 性別 | | 続柄 | 生年月日 | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
|  | 男･女 | |  | ．　． | |  |
| 自己負担額減額  申請理由 | □市町村民税非課税世帯　（□市町村民税課税証明書 　□同意書 ）  □生活保護世帯　（□生活保護決定証明書　　□生活保護手帳　） | | | | | | |

* おやこ応援課記入欄　　　　　　　　　　　　　　　　　受理日：

|  |  |
| --- | --- |
| 承諾の可否  (承諾・不承諾) | ※理由  □提出書類に相違ないことが認められる　　□提出書類に相違が認められる  □その他  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |