

(宛先) 旭川市長

旭川市妊産婦等グリーフケア事業減額申請書

次のとおり、旭川市妊産婦等グリーフ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 ()
-----------------------	---