

千葉市産後ケア事業登録変更申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

申請者 氏 名

住 所

連絡先電話番号 (携帯電話など平日、日中の連絡先)

電子メールアドレス

@

千葉市産後ケア事業に係る登録変更について、次のとおり申請します。
また、申請にあたり、市が有する住民基本台帳情報を調査することに同意します。

| | | |
|------------------|-------------------------------------------------|-------------|
| 利 用 者 氏 名 | | |
| 登 録 番 号 | | |
| 出 産 予 定 日 | | 年 月 日 |
| 変 更 事 由 | <input type="checkbox"/> 住所・氏名 | 変 更 前 |
| | <input type="checkbox"/> 自己負担額 (添付書類 有 ・ 無) | 変 更 後 |
| 変更事由発生年月日 | | 年 月 日 |

- ※ 1 千葉市産後ケア事業登録証を添えて提出してください。
- ※ 2 自己負担額の変更の場合で、本人及びその世帯員の課税情報及び生活保護受給状況について市が調査することに同意する場合は、裏面の同意書をご記入ください。
同意しない又は転入等の理由により市が調査・確認できない場合で、自己負担額の減額を希望しない場合は、以下に記入してください。

減額を希望しません

登録・利用者氏名

(自署又は記名押印)

産後ケア事業に関する課税状況等の調査にかかる同意書

私は、千葉市産後ケア事業の申請の審査に必要な場合は、千葉市における市民税の課税に関する情報及び生活保護受給状況について、市が調査・確認することに同意します。

年 月 日

| | | | |
|----------|-------------------|----|-------|
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 登録・利用者氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 世帯員氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 世帯員氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 世帯員氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 世帯員氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 世帯員氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |
| フリガナ | | 続柄 | 生年月日 |
| 世帯員氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| 住 所 | (登録・利用者と異なる場合に記入) | | |

- (注) ・氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとします。
 ・世帯員欄は、登録・利用者と住民票上同一世帯となる世帯員全員を記入してください。
 また、住民票が別でも、生計を同一にしている世帯員がいる場合は記入してください。
 ・他市町村からの転入等の理由により千葉市での課税資料が確認できない場合は、書面での提出が必要になります。
 ・未申告等の理由により、課税資料が確認できない場合は、課税担当課にて手続きをしていただく場合があります。