

松本市育児ママヘルプサ - ビス事業実施兼費用減免申請書

(あて先)松本市長

年 月 日

申請者(乳児の母親本人)

住 所 〒
松本市

電 話
(携帯電話)

氏 名

松本市育児ママヘルプサ - ビス事業の実施を受けたいので、次のとおり申請します。

希望期間及び回数	年 月 日 ~ 年 月 日 (回)
希望曜日及び時間帯	月・火・水・木・金 曜日 午前・午後 特になし
出産(予定)日及び退院日	出産： 年 月 日 退院： 年 月 日
利用開始日	年 月 日
出産(予定)場所	_____病院 医院 助産院 ・ 自宅

以下事務局記入欄

住民登録確認	年 月 日	登録あり・登録なし
市民税課税確認(世帯)	年 月 日	課税・非課税
減 免	可 ・ 否	
事前聞き取り		

決	上記申請について調査の結果、実施(可・否)と認められますので決定してよろしいでしょうか。				起 案 日	年 月 日
					決 裁 日	年 月 日
					最大利用期限	年 月 日
裁	係	係 長	課長補佐	課 長	利用者負担金	1 時間 800 円 ・ 無 料
					指 令	松福健指令 第 号

家族状況	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業等	その他
	本人		年 月 日			
	子		年 月 日	0		該当児
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
核家族・母子家庭(死別・離別・生死不明・未入籍) 夫単身赴任(赴任先)その他()						
妊娠中の状況	妊娠中の経過 良好・問題あり() つわり(軽度・普通・重症・長引いた) 妊娠中毒症(有・無) 貧血(有・無) 切迫流産や早産(有・無) その他() 就労状況(有職者のみ)(業務内容変更・療養休暇取得・産前休暇取得)					
出産及び産後の状況	在胎____週 児の体重_____g・身長_____cm 単胎・双胎 児の保育器収容(なし・あり____日間) その他治療(なし・あり____) 分娩時間____時間 帝王切開(有・無) 産後の母の貧血(有・無) 母乳分泌(良好・不良) 児の栄養(母乳のみ・混合・ミルクのみ) 産後の母の心身の状況(良・不良)					
この事業を申請される理由(困っていることや心配なこと等)をお書きください。						

市民税非課税世帯であるときは、費用を減免することができます。申請される方は以下の欄もご記入ください。

<p>上記の実施に係る費用を減免してください。 減免に当たり、市が保管する私の世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>

説明(未・済)