様式第1号(第3条関係)

助産施設入所申込書

年　　月　　日

　　　八頭町福祉事務所長　様

住所

申請者

氏名　　　　　　　　印

(電話　　―　　　)

　　助産施設への入所について次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所助産施設名 |  |
| 出産予定日 | 年　　　月　　　日 |
| 入所を希望する理由 |  |

　　妊産婦の家庭の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名 | | 妊産婦との続柄 | 生年月日 | | 性別 | 職業 | | 課税の有無 | | |  |
| 本年度分市町村民税 | | 前年分所得税 |
| 世帯員 |  | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
|  | |  |  | |  |  | |  | |  |  |
| 生活保護等の状況 | | 適用なし　適用あり(　　年　　月　　日　保護(支援給付)開始) | | | | | | | | | | |
| 社会保険の加入状況 | | 加入の有無 | | 有・無 | | 保険の種類 | |  | | 出産育児一時金等の額 | |  |
| 被保険者の番号 | | | 番号 | | | 被保険者名 | | | | |

　添付書類　課税証明書