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