様式第３号（第８条関係）

利用者負担額免除申請書

産後ケア事業用

年　　月　　日

（宛先）橿原市長

（申請者）

住　　所：橿原市

氏　　名：

電話番号：

申請理由：（どちらかに〇をつけてください）

［　　］　市町村民税非課税世帯

［　　］　生活保護受給世帯

橿原市が実施する産後ケア事業において、利用者負担額の免除を申請いたします。

また、産後ケア事業の負担金の徴収決定に関する事務手続を処理するために限って、橿原市が申請者の属する世帯の市町村民税関係情報及び世帯の状況を確認することに同意します。

申請者及び世帯の状況

氏　名	申請者との続柄	生年月日
	本人	年　　月　　日
		年　　月　　日
		年　　月　　日
		年　　月　　日
		年　　月　　日
		年　　月　　日

※　市町村民税非課税の基準については、同一世帯全員とする。

（ここから下は市役所が記入します）

世帯の状況	年度　　課税世帯　　非課税世帯	確認者
	年　　月　　日　現在　生活保護受給世帯	