様式第1号（第2条関係）

丸亀市助産施設入所申込書

　　　　年　　月　　日

丸亀市福祉事務所長　宛

申込者　住所

氏名

電話番号　　（　　）

次のとおり助産施設に入所したいので申込みます。なお、施設入所の事務に必要な

住民登録及び市税に関する賦課徴収資料の調査を承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所を希望する  助産施設の名称 |  | | |
| 入所を  希望する期間 | 年　月　日から　　　　年　月　日 | 出産予定日 | 年  　月　　日 |
| 入所を希望する  具体的理由 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯構成員の氏名 | 申込者との続柄 | 生年月日 | | | 個人番号  (注)1 | | 摘　　要  (注)2 | |
|  | 本人 |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |
|  |  |  | | |  | |  | |
| 社会保険の状況 | 保険の種類 |  | | 記号番号 |  | | 被保険者  氏名 |  |
| 出産一時金の額 | | | | | 円 | | |
| 課 税 の 状 況  (注)3 | 本年度分の市町村民税額 | | | | | 前年分の所得税額 | | |
| 均等割額 | | 所得割額 | | |
| 円 | | 円 | | | 円 | | |
| 生活保護の状況 | 無　　　・　　　有　（　　　　　年　 月　 日開始） | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **＊**(注)4  担当者の意見 | 要・否  （理由） | **＊**(注)4  入所申込みの  承諾 | 要・否  （助産施設名）  　　年　月　日承諾 |

（注）１　「個人番号」の欄は、世帯構成員のマイナンバー(12桁)を記入して下さい。

２　「摘要」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年及び健康状態を

記入すること。

３　「課税の状況」の欄は、申込者に係る税額と、申込者と生計を一にしている扶

養義務者に係る税額との合計額を記入すること。

４　**＊**印の欄は、記入しないこと。