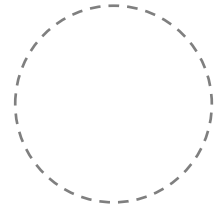


(様式第3号)

泉大津市産後ケア事業変更申請書



泉大津市長様

泉大津市産後ケア事業の申請内容について、下記のとおり変更を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
利用者住所等	泉大津市 電話		
承認番号 ※承認通知書に記載			
変更事由の 生じた日	年 月 日		
変更項目 ※該当する項目に チェックし記入		変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 利用者の氏名		
	<input type="checkbox"/> 利用者の住所	泉大津市	泉大津市
	<input type="checkbox"/> 世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
<input type="checkbox"/> その他			
備考			
変更申請に際して、泉大津市が必要な範囲で世帯状況及び課税状況について調査し、又は閲覧することを承諾します。			
年 月 日 申請者氏名 (自署) _____			
※申請者以外が窓口に来られた場合は下記にご記入ください。同一世帯の場合、住所は記入不要です。			
届出人氏名： _____ (申請者との続柄)			
住所： _____ 電話番号： _____			

※
泉大津市
処理欄

確認事項・事務処理欄		サイン
申請者の本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<input type="checkbox"/> 承認通知書の回収 <input type="checkbox"/> 利用券の回収 (NO. ~NO.)	回収日： 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 承認通知書の発行 <input type="checkbox"/> 利用券の発行 (NO. ~NO.)	発行日： 年 月 日	