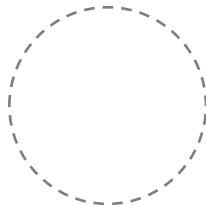


様式第3号

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、以下のとおり変更を申請します。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。

申請日 年 月 日

| | | | |
|--|---------------------------------|---|---|
| フリガナ 利用者氏名 | 生年月日 | | 年 月 日 |
| 利用者住所等 | 電話番号 | | |
| 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 ☑し、詳細を記入 してください | | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | <input type="checkbox"/> 利用者の氏名 | | |
| | <input type="checkbox"/> 利用者の住所 | | |
| | <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 | | |
| 希望する受け取り方法に☑してください。郵送を選択される場合は、希望する送付先に☑してください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 窓口（申請の翌日から数えて、5営業日以降に子育て応援課へお越し下さい。） | | | |
| <input type="checkbox"/> 郵送（ <input type="checkbox"/> 利用者の住所 <input type="checkbox"/> その他） | | | |
| ※郵送先をその他に選択された場合は、宛名と住所をご記入ください。 | | | |
| 宛名： 住所： | | | |
| ※申請者以外が窓口に来られた場合は以下をご記入ください。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： | |

| 確認事項・受付処理欄 | | 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"/> その他 () | | |
| 届出人の本人確認（代理申請の場合は確認必要） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <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 |