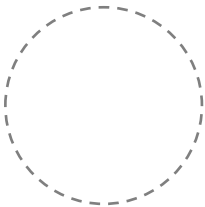


泉大津市産後ケア事業変更申請書

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。

☐ 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。）

☐ 郵送（☐ 利用者の住所 ☐ 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		