

様式第5号（第10条関係）

森町産後ケア事業利用料減免承認申請書

年　月　日

森町長 太田 康雄 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり申請します。

利用者氏名		生年月日	年　月　日
産後ケア事業 実施医療機関			
利用種別	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 通所型（1日） <input type="checkbox"/> 通所型（半日） <input type="checkbox"/> 居宅訪問型		
産後ケア事業 利用日	年　　月　　日～　　年　　月　　日		
減免申請の理由			
区分 (該当に○をつける)	町民税課税世帯・町民税非課税世帯・生活保護受給世帯		

担当者記入欄

減免額	円			
※ 料金	利用料金 A	公費負担額 (減免額含む) B	自己負担額 A-B	備考
	円	円	円	

※町において減免対象世帯であることを確認させていただきます。

※自己負担額支払い後の減免はできません。