

## 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

住 所  
申請者 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。