

板橋区産前産後支援事業利用登録申請書

板橋区産前産後支援事業の利用について、下記のとおり申請します。
なお、利用にあたり次の事項に同意します。

- ①区が申請者及び同一世帯の住民税課税情報等を、区が保有する公簿にて確認することに同意します。
②申請書の記載内容に変更があった場合は、直ちに区に届出をします。
③申請書にご記入いただいた情報を、区が委託事業者及び支援者へ提供することに同意します。
④事業の利用状況等について、委託事業者から区に報告することに同意します。

申請者（妊産婦等）及び家族の状況

フリガナ		
申請者氏名		
生年月日	年 月 日	
住 所	〒	
連絡先		
児童の生年月日 (出産前の場合は 出産予定日)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 出産予定 (いずれかにチェックしてください)
	※出産前のご登録の方は必ずご記入ください ・母子健康手帳交付年月日（ 年 月 日） ・交付番号（No. ）・交付自治体（ 区・市・町・村）	
世帯状況	当てはまる項目にチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 一般 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給中 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯	

※世帯状況が変更になった場合は直ちに区に届け出てください。

※区処理欄	受付日	年 月 日	登録	
	端末確認	未 ・ 済	番号	
	所得区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課	備考	