

## 助産施設入所申込書

(太枠内を記入してください。)

令和 年 月 日	妊産婦住所 〒 熊本市 区									
熊本市 区福祉事務所長 様	妊産婦氏名									
(電話番号 )										
児童福祉法第22条第2項に基づき、助産施設への入所を申し込みます。 また、世帯の状況等に変更があった際は速やかに届出します。										
入所を希望する 助産施設名	<第1希望>	<第2希望>								
出産予定日	令和 年 月 日									
助産の実施を 希望する理由										
社会保険 加入状況	<種類> 加入なし・国民健康保険・社会保険	<被保険者名>								
	<出産育児一時金等の額> 円	<被保険者の記号番号>								
生活保護 適用状況	適用なし・申請中・適用あり(令和 年 月 日から)									
非課税世帯の徴 収金免除要件 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> ① 扶養義務者のいない世帯(単身世帯) <input type="checkbox"/> ② 母子世帯で、かつ子を扶養している世帯 <input type="checkbox"/> ③ 身体障害者手帳の交付を受けた者のいる世帯 <input type="checkbox"/> ④ 療育手帳の交付を受けた者のいる世帯 <input type="checkbox"/> ⑤ 特別児童扶養手当の支給対象児童、障害基礎年金等の受給者のいる世帯 <input type="checkbox"/> ⑥ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者のいる世帯									
妊産婦の 世帯員	氏名	妊産婦との 続柄	生年月日	職業又は就 業の状態等	本年度市 町村民税	前年所 得税	個人番号(妊産婦以外は、今年の1/1 に住民票が市外の方のみ記載)			
		本人			有・無	有・無				
					有・無	有・無				
					有・無	有・無				
					有・無	有・無				
					有・無	有・無				
同意の 欄	入所の決定に必要な審査及び児童福祉法第56条第2項に基づく事務手続きの際に、妊産婦及び妊産婦の属 する世帯の地方税課税状況を含むその他必要な情報を利用することに同意します。									
	氏名	氏名	氏名	氏名						
	(※世帯全員の同意が必要です。(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの方は原則不要))									
摘 要	区保健子ども課受付									
	(担当者名)									

本人  
確認 個人番号カード 運転免許証・パスポート/通知カード・番号付き住民票 その他( )