

様式第 1 号

池田町ママ・ケア事業受給資格登録（変更）申請書

年 月 日

池田町長 宛

申請者 住所
氏名

| | | | | |
|------|---------|-------|--------|-------|
| 妊産婦 | 氏名 | | 電話 | |
| | 住所 | 池田町 | | |
| | 職業 | | | |
| | 母子手帳交付日 | 年 月 日 | 母子手帳番号 | No. |
| | 出産予定日 | 年 月 日 | 出産日 | 年 月 日 |
| 加入保険 | 保険者名 | | 記号番号 | |
| | 被保険者名 | | 事業所名 | |
| | 所在地 | | | |
| | 付加給付の有無 | 有 無 | | |

同意書

- 要綱第 3 条に基づく調査のため、住民登録状況を閲覧し確認することに同意します。
- 要綱第 3 条及び第 10 条により、申請日より引き続き池田町に住所を有し居住する見込みであること及び、支給要件に該当しない事実が判明した場合は、助成金を返還することに同意します。

申請者氏名 _____

| 処理欄 | | | |
|------------|-------|-------------------|-----------------------------|
| 申請書 受理日 | 年 月 日 | ママ・ケア事業 受給資格期間 | 年 月 日 ~ 出産日の 1 年後の月の末日まで |