

年 月 日

東京都北区長 殿

北区産後ケア利用申請書

	(フリガナ)	
利用者氏名 (申請者氏名)		
生年月日	年	月 日
住 所		
電話番号		
出産予定日	年	月 日
出産日	年	月 日
いずれかに☑をつ けてください	☐ 単胎 ☐ 多胎	
住民税非課税世帯 又は 生活保護世帯 に該当しますか 1～3のいずれかに○ をつけてください	1 該当しない	 ※2・3の世帯の場合、確認資料の提出が必要です。なお特別区 民税課税台帳による確認に同意し、区で確認が取れた場合は提 出の必要ありません。 ☐ この制度における所得状況について、特別区民 税課税台帳による確認に同意します。
	2 住民税非課税世帯	
	3 生活保護世帯	

(代理人記入の場合)

フリガナ
氏名 _____ 住所 _____
申請者との関係 _____ 電話番号 _____

センター使用欄

No. _____

世帯情報

その他	
非課税	
生活保護	

受付場所

保健サービス係		王子	
赤羽		滝野川	