

第1号様式（第2条関係）

助産施設入所申込書

年 月 日

(宛先) 江別市長

住 所

申込者

氏 名

電 話

助産施設への入所につき次のとおり申し込みます。

助産施設名	第1希望
	第2希望
出産予定日	年 月 日
助産を希望する理由	

妊産婦の家庭の状況

区分	氏名	妊産婦との続柄	生年月日	性別	職業	課税の有無		個人番号	備考
						本年度分市町村民税	前年分所得税		
妊産婦の世帯		本人				有・無	有・無		
				男・女		有・無	有・無		
				男・女		有・無	有・無		
				男・女		有・無	有・無		
				男・女		有・無	有・無		
社会保険の加入状況	加入の有無		有・無	保険の種類		出産育児一時金等の額			
	被保険者の記号			番号		被保険者氏名		円	
<p style="text-align: center;">同意書</p> <p>費用徴収額決定のために必要があるときは、本人及び同一生計内の親族の税務資料につき、江別市長が税務関係部局に報告を求めることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 住所 氏 名</p>								生活保護の状況	
								<p style="text-align: center;">適用なし・適用あり</p> <p style="text-align: center;">(年 月 日 保護開始)</p>	