

江別市緊急サポートネットワーク利用料助成登録申請書

年 月 日

(あて先)江別市長

(申請者)

江別市緊急サポートネットワーク利用料の助成を受けたいので、次のとおり登録申請します。

登録者	ふりがな		会 員 番 号	SCE
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電 話 番 号	自宅 携帯
	住 所	〒 ー		
児童氏名	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	続柄	
		年 月 日		
		年 月 日		
添付書類		<input type="checkbox"/> ① ひとり親家庭等医療費受給者証の写し <input type="checkbox"/> ② 児童扶養手当証書の写し <input type="checkbox"/> ③ その他市長が必要と認める書類		

同意書
<p>江別市が児童扶養手当、ひとり親医療家庭等医療費助成の受給の有無について確認することに同意します。また、登録内容につきまして、江別市が対象事業を委託している場合、その情報を受託者に通知することについて同意します。</p> <p>本同意は同意年月日から開始し、登録期間中有効とします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">同意者（申請者）氏名 _____</p>