

## 小野市乳房ケア費用助成事業申請書兼情報提供同意書

小野市長様

申請日： 年 月 日

利用者氏名 <small>フリガナ</small>		生年月日	年 月 日
住 所	小野市	電話番号 (自宅) (携帯)	
乳房ケア利用施設名			
申請理由 (該当するものにチェックまたはその他の理由欄に具体的に記入してください。)	<input type="checkbox"/> 母乳(ミルク)が足りているか不安になる <input type="checkbox"/> 授乳間隔があかない(授乳リズムが整わない)ので、よく眠れない <input type="checkbox"/> 授乳のことで悩んでおり、気分的に楽しくない <input type="checkbox"/> 最近食欲がないように感じる <input type="checkbox"/> 育児について相談したり協力してくれる人がいない <input type="checkbox"/> その他( )		
子の氏名 <small>フリガナ</small>		生年月日	年 月 日
申請日において該当する項目	※次のいずれかに該当する場合はチェックすること <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 被保護世帯		

上記のとおり申請します。

**【同意欄】**

利用者及び世帯に属する者の住民税課税状況、又は生活保護受給の有無について関係部署へ照会することに同意します。【注1】

【注1】 市の台帳で確認できない場合は別途世帯の所得証明書資料の提出が必要です。提出がない場合は、住民税課税世帯とみなしますのでご了承ください。

また、小野市が乳房ケア利用施設（医療機関等）に対して、必要な個人情報（本申請書等）を提供すること及び医療機関等が小野市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_

----- これより下は小野市処理欄です。記入しないでください。 -----

市負担額増額の有無	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 被保護世帯	<受付印>
(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日	
特記事項		