

様式第2号(第5条関係)

愛南町乳幼児用紙おむつ券交付事業申請書

年 月 日

愛南町長 様

保護者 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号

印

愛南町乳幼児用紙おむつ券交付事業実施要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり愛南町乳幼児用紙おむつ券の交付を申請します。なお、申請に際して私の世帯情報を閲覧することに同意します。

記

対象乳児	住 所	愛南町	
	ふ り が な 氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	申請者との続柄	(第 子)	
※転入により申請する場合のみ記載	母子健康手帳への交付済印	有 無	
	転入前の県内他市町から交付を受けた同種の券の残数	枚	
	上記の券の有効期限	年 月 日	

対象乳児が属する生計を一にする世帯員

対象乳児との続柄	氏 名	生年月日	住 所 (対象乳児と異なる場合のみ記載)

別紙

町税等の滞納がない旨の申出書

年 月 日

愛南町長 様

住 所
氏 名

印

愛南町乳幼児用紙おむつ券交付の申請に当たり、町税等の滞納がない旨を申し出ます。なお、担当部署において納税等の状況について調査することに同意します。

[愛南町記入欄]

担当部署名	費 目	担当部署記入欄	確認印
税務課	町民税	有 無	
	固定資産税	有 無	
	国民健康保険税	有 無	
	介護保険料	有 無	
	軽自動車税	有 無	
	後期高齢者医療保険料	有 無	
		有 無	
保健福祉課	保育料	有 無	
環境衛生課	下水道料	有 無	
	町営浄化槽使用料	有 無	
水道課	水道料	有 無	
学校教育課	給食費	有 無	

備考 調査の対象は、申請者が属する世帯の世帯員全員とする。