（様式第２号）

**要支援母子栄養食品支給申請書**

　　年　　月　　日

（宛先）長野市長

住　　　所

世帯主氏名

申請者氏名

電　　　話

次のとおり、要支援母子栄養食品支給事業の支給の申請をします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者　 | 　　　　　 | 区　分※１ | 分娩予定年月日（児の）生年月日等 |  |
|  | 1 妊　婦2 産　婦3 保護者 | 年　　月　　日 |  |
| 家族の状況 | 　　　　 | 受給者との続柄 | 生　年　月　日 | 職　　業 | 備　　考 |
|  | 受給者 | 年　　月　　日生 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日生 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日生 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日生 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日生 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日生 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日生 |  |  |
| 世帯状況※１ | １　被保護世帯２　市民税非課税世帯 |
| 同意欄 | 税情報等に関する同意書利用者負担額の審査等を行うために限り、利用者及び同一世帯員、同一生計者の住民基本台帳情報、税関係情報について調査し、取得した情報を必要な範囲で利用することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等※２を提供します。　　　年　　　月　　　日　　氏名（署名）　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）※１　該当する項目を○で囲んでください。

※２　１～６月までに申請する方は前年の１月１日現在、７～12月までに申請する方は申請する年の１月１日現在において長野市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。

本人確認：　個人番号カード　運転免許証　パスポート　（　　　　　　）