

様式第 1 (第 6 条関係)

母子栄養食品支給申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (署名または記名押印)

母子栄養食品の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、私は母子栄養食品の支給決定のため、申請者及び世帯員の住民基本台帳情報や市民税課税状況についての閲覧に同意します。

受給者及び家族の状況

	氏 名	区 分	分娩予定年月日等	職業	備考
受給者の状況		妊 婦	(分娩予定年月日) 年 月 日		
		産 婦	(分娩年月日) 年 月 日		
		乳 児	(生年月日) 年 月 日		
		多胎児	(生年月日) 年 月 日		
		HTLV-1	(生年月日) 年 月 日		
家族の状況	氏 名	受給者との続柄	生 年 月 日	職業	備考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
世帯の状況	1 市町村民税非課税世帯 2 配偶者(有・無) 3 その他		確認 (この欄は記入しないでください) 1 栄養 ①課税 ( 缶・箱) ②非課税 ( 缶・箱) 2 H ①課税 ( 缶・箱) ②非課税 ( 缶・箱)		

寡婦(寡夫)控除のみなし適用について申請します。