様式第1号(第3条関係)

母子栄養強化食品支給申請書

年　　　月　　日

粕屋町長　様

住所　　粕屋町大字

電話　　　　―　　　　　　―

申請者氏名

(保護者氏名　　　　　　　　　　　　 )

母子栄養強化食品の支給を受けたいので次のとおり申請します。

受給者及び家族の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 氏名 | 受給者との続柄 | 年齢等 | 職業 | 備考 |
| 受給者の状況 | 　 | 妊婦 | (出産予定年月日)年　　月　　日 | 　 | 　 |
| 産婦 | (出産年月日)年　　月　　日 | 　 |
| 乳児 | (出生年月日)年　　月　　日 | 　 |
| 家族の状況 | 　 | 　 | 　年　　月　　日生 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　年　　月　　日生 | 　 |
| 　 | 　 | 　年　　月　　日生 | 　 |
| 　 | 　 | 　年　　月　　日生 | 　 |
| 世帯の状況 | 1　被保護世帯2　市町村民税非課税世帯 | 階層の確認方法 | ＊この欄は、町で記入します。 |

(注)1　この申請書を提出するときは母子健康手帳を一緒に持参してください。

2　「世帯の状況」欄は、該当する番号を○で囲んでください。