第１号様式（第４）

府中市母子栄養食品支給申込書

年　　月　　日

府中市長

申込者　住　　所　府中市

氏　　名

電話番号　　　―　　―

母子栄養食品の支給を受けたいので、次のとおり申し込みます。

また、この申込みの受理に際して、市が、私の世帯の市町村民税額等の情報を公簿等により確認することに同意します。

受給区分	□　生活保護世帯に属していること。
	□　区市町村民税非課税世帯に属していること。
	□　HTLV-1（ヒトＴ細胞白血病ウイルス１型）抗体検査で陽性判定を受けた妊婦から出生したこと。

		氏　名	出産（予定）日又は出生日
受給希望者	フリガナ 乳幼児		年　月　日
	フリガナ 乳幼児		年　月　日
	フリガナ 乳幼児		年　月　日

	氏　名	続柄	生年月日	年齢	職業
世帯の状況			年　月　日	歳	
			年　月　日	歳	
			年　月　日	歳	
			年　月　日	歳	
			年　月　日	歳	
			年　月　日	歳	

備考

１　「受給区分」の欄は、該当する□にレ印を記入してください。

２　「続柄」の欄は、受給資格者である乳幼児との続柄を記入してください。

３　「世帯の状況の欄」は、世帯全員の方を記入してください。