

【利用者→東久留米市】

東久留米市長あて

利用者名 _____

生年月日 S・H _____ . _____ . _____

利用者番号 _____

住所東久留米市 _____

連絡先（電話） _____

東久留米市産後ケア事業利用変更申請書

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日付で通知がありました産後ケア事業の利用について下記のとおり変更申請します。

記

内容の変更について※1

変更内容	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 利用サービスの変更	<input type="checkbox"/> ショートステイ（宿泊型） <input type="checkbox"/> デイサービス（1日型） <input type="checkbox"/> アウトリーチ（訪問型）	<input type="checkbox"/> ショートステイ（宿泊型） <input type="checkbox"/> デイサービス（1日型） <input type="checkbox"/> アウトリーチ（訪問型）
<input type="checkbox"/> 利用者住所地の変更	(前住地)	(新住所地)
<input type="checkbox"/> 利用者所得区分の変更※2	<input type="checkbox"/> 市民税課税者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者	<input type="checkbox"/> 市民税課税者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税者 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者
上記の変更理由 (利用サービスの変更の場合 は利用予定時期も記載)		

※1 利用の中止や、利用日、利用希望施設、利用期間の変更の場合、変更申請は不要です。

※2 利用者所得区分の変更の場合、変更後の所得区分であることを示す書類を添付ください。

【市確認欄】

- 変更しようとするサービスは利用上限に到達していないか。（管理台帳・母子健康手帳確認）
- 利用者住所地の変更の場合、変更後の住所地への郵送は申請時点で可能か。（備考： _____ ）
- 非課税（生保受給）者として認定する場合、非課税（生保受給）状況が証明書等にて確認できるか。