

様式第1号(第5条関係)

高森町長 様

年 月 日

高森町産前・産後ママ応援食生活向上サポート事業利用申請書

高森町産前・産後ママ応援食生活向上サポート事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、申請に当たり、次の事項に同意します。

- 1 利用決定の審査のために、住所、世帯構成等について、公簿等を確認すること。
- 2 必要な情報を高森町と生活協同組合くまもとが相互に情報提供すること。

記

利用者	ふりがな 氏名			
	住所	高森町		
	電話番号 (自宅)		電話番号 (携帯)	
出産日 (出産予定日)	年 月 日			
申請者	利用者と同じ(記入不要)		利用者と異なる(以下に記入)	
	ふりがな 氏名		利用者 との続柄	
	住所	高森町	電話番号	
利用希望期間	年 月 から 2か月 年 月 から 4か月 (又は産後7か月になる月のいずれか早い月)			