子育て保健課

栄養食品支給申請書

　　年　　月　　日

山口市長様

住　　　所

電話番号

世帯主氏名

申請者氏名

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。

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  産婦  乳児 | （分娩予定年月日）  　　年　　月　　日  （分娩年月日）  　　年　　月　　日  　　年　　月　　日生 |  |  |
| 家族の  状　況 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 世帯の  状況 | １．被保護世帯  ２．市町村民税非課税世帯 | | | | |

（注）　１．この申請書を提出するときは、母子健康手帳をお持ちください。

　　　　２．「世帯の状況」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。

　　　　３．世帯の状況がわかるものをお持ちください。