

(様式10号)

## 川西市産後ケア事業 変更届出書

川西市長 あて

年 月 日

利用者氏名		生年月日	年 月 日	発行番号	
住所	〒 電話				

変更事項	変更前	変更後
利用者氏名		
住所		
電話番号		
緊急連絡先		
所得区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯

- 注意事項 1 変更事項欄は、変更のあった事項のみ記入してください。  
2 所得区分を変更する場合は証明書の提出が必要な場合があります。また、所得区分の変更に伴った自己負担額の変更は、承認日以降のサービス利用に対して適応されます。

### 【問合せ先】

川西市保健センター

住所: 〒666-0016 兵庫県川西市中央町12-2

電話: 072-758-4721

FAX: 072-758-8705