

澁川市産後ケア事業利用申請書

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

澁川市長 様

〔申請者〕

窓口に来所する方の情報を
記入してください

住所 澁川市石原6番地1

氏名 澁川 太郎

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

(利用者との関係 夫)

産婦との関係

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請いたします。

利用者	氏 名	澁川 花子		
	生年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	出産場所	〇〇病院		
	出産日	令和△△年 △△月 △△日		
	児の氏名	澁川 健	出生体重	〇〇〇〇 g
申請理由	① 出産後の身体機能の回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 日常生活において不安がある 4 近くに支援者がいない 5 その他 () ② 当てはまるものに○ 使う可能性がある施設はすべて記入してください			
利用希望 施設名	〇〇病院、□□助産院、△△クリニック			
希望内容	宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型			
世帯の 課税状況	1 課税世帯 2 非課税世帯 使う可能性がある内容はすべて選んでください			

同意書

産婦の方が記入・署名してください

- ☒ 市が保有する住民税の課税情報を確認すること
- ☒ 市と委託契約を締結する事業者に対して、個人情報が必要な範囲で提供すること
- ☒ 本事業の利用時の状況について、必要に応じ関係機関に情報提供すること
- 上記に同意のうえ、申請します。

利用者氏名 澁川 花子

(代理人自署：)

利用者との続柄：)