

澁川市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

澁川市長 様

〔申請者〕

住所

氏名

電話番号

(利用者との関係)

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			
	生 年 月 日	年	月	日
	出 産 場 所			
	出 産 日	年	月	日
	出 産 日 の 妊 娠 週 数	週		
	食 物 ア レ ル ギ ー	無 ・ 有 ()		
	緊 急 連 絡 先	氏 名 : (利 用 者 と の 続 柄 :) 電 話 番 号 :		
	児 の 名 前		出 生 体 重	g
申 請 理 由	1 ゆっくり身体を休めたい 2 授乳相談・乳房ケアを受けたい 3 育児について相談したい 4 近くに支援者がいない 5 その他 ()			
世帯の 課税状況	1 課税世帯 2 非課税世帯			

同意書

- ☐ 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

(代理人自署： 利用者との続柄：)