

様式第1号（第7条第1項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

新規・延長の別		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 延長	
申請者 (母)	氏名 <small>ふりがな</small>				
	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	伊豆の国市			
	電話番号		携帯電話		
緊急連絡先 (氏名・続柄・電話番号)					
子	氏名 <small>ふりがな</small>				
	出生体重	g (第 子)			
	退院(予定)日	年 月 日	出生日	年 月 日	
	出生施設名		かかりつけ医		
利用希望事業と 利用希望日		宿泊型・デイサービス型・アウトリーチ型 利用日 年 月 日～ 年 月 日 宿泊型・デイサービス型・アウトリーチ型 利用日 年 月 日～ 年 月 日 宿泊型・デイサービス型・アウトリーチ型 利用日 年 月 日～ 年 月 日 (計 泊 日・回)			
世帯区分		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 ※市民税非課税証明書添付 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書添付			
申請理由		※具体的にご記入してください。			
情報提供に関する同意書					
伊豆の国市長 氏名 宛					
産後ケア事業利用申請書の内容及び事業の利用に必要な情報を委託事業所に情報提供すること並びに利用者の健康状態について、委託事業所から市に情報提供することに同意します。					
年 月 日			申請者氏名 (署名又は記名押印)		