

筑後市産後ケア事業利用申請書

筑後市長 様

筑後市産後ケア事業を利用したいので、下記の事項に同意の上、筑後市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により申請します。

申請者 氏名 _____

| | | | |
|----------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 利用 希望日 | 短期入所型 | 年 月 日～ 年 月 日（泊日） | |
| | 通所型 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 居宅訪問型 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | 母乳育児相談 (いずれかに○) | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 利用希望施設名称 | | | |
| 利用者 | ふりがな | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 ー 筑後市 電話番号 | |
| | ふりがな | | 生年月日 |
| | 乳児の氏名 | | 年 月 日 |
| | 緊急連絡先 | 氏名 利用者との続柄（ ） 住所 電話番号 | |
| 出産（予定）施設名 | | 世帯の区分（該当する□に✓をつけてください） <input type="checkbox"/> A 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> B 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> C 生活保護世帯 | |
| 利用を希望する理由（困っている事や心配な事などを、具体的に記入してください） | | | |
| （裏面も確認してください） | | | |

【同意事項】

1. 産後ケア事業利用申請の審査にあたり、必要な範囲で市が住民基本台帳、課税台帳その他の関係公簿を閲覧することに同意します。
2. 市が委託先である医療機関等へ申請書等の内容を情報提供することに同意します。
また、委託先である医療機関等が、サービスの利用状況及び健康状態などを市へ情報提供することに同意します。
3. 利用プランの内容に同意します。

申請者（利用者） 氏名