

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 掛川市長

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

産 婦	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 ( 歳)	
	居 住 地	〒			
		電話番号			
	フリガナ			生 年 月 日	
	乳 児 氏 名			年 月 日	
	出 産 施 設 名			退院予定日	年 月 日
	利 用 の 区 分	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)1日型 <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)半日型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)型			
	申 請 の 理 由				
	利 用 希 望 期 間	年 月 日から		年 月 日まで	
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年齢	性別	職業、学校名等

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 産婦本人 <input type="checkbox"/> 産婦本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		
氏 名		産婦との関係
住 所	〒	
	電話番号	

産後ケア事業の実施に必要があるときは、家族の状況等を受託者に提示することに同意します。併せて、利用者負担額決定のため必要な市民税の課税状況、生活保護受給状況等について市長が関係部署の公簿(世帯員分を含む。)を閲覧することに同意します。

利用者氏名(自署)

市確認欄

夫婦の課税状況  課税世帯     非課税世帯     未申告      確認者