

年 月 日

八女市産後ケア事業利用申請書

八女市長 様

産後ケア事業の利用について次のとおり申請します。

申請者 氏名  
(利用者)

ふりがな			生年月日
利用者氏名			年 月 日
住 所	〒 ー 八女市 電話番号		
ふりがな		性別	生年月日
子の氏名		男・女	年 月 日
妊娠週数 出生体重	週 日 グラム	出産時 の異常	( なし・あり )
ふりがな		性別	生年月日
子の氏名 (多胎の場合)		男・女	年 月 日
妊娠週数 出生体重	週 日 グラム	出産時 の異常	( なし・あり )
緊急連絡先	氏名 住所	利用者との続柄 ( ) 電話番号	
所得の区分 (該当する□に✓をつけてください)			
<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
(同意欄)			
1 産後ケア事業利用申請の審査に当たり、市が住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧、調査することに同意します。また所得の区分に変更がある場合は申し出ます。 2 市が委託先である医療機関等へ申請書等の情報提供することに同意します。また委託先である医療関係等が、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。			