

様式第 1 号(第 6 条関係)

幸手市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(あて先)幸手市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

利用種別	☐ ショートステイ型 ☐ デイサービス型 ☐ 訪問型		
母子健康手帳番号			
ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
利用者の氏名			
ふりがな		出生時の体重	g (第 子)
子 の 氏 名			
出産 (予定) 日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
出産(予定)施設名			
申請理由 (具体的に記入してください。)			
利 用 料 区 分	1 市民税課税世帯 2 市民税非課税世帯 3 生活保護世帯		
※担当者記入欄	第 2 条 第 1 号 第 2 号に該当		

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

同意書

私は、産後ケア事業を利用するにあたり次の事項について同意します。

申請者氏名 _____ 印

- 1 幸手市が、医療機関等事業者に産後ケア事業実施のために必要な範囲内で個人情報を提供すること。
- 2 医療機関等事業者が幸手市へ産後ケア事業実施状況を報告すること。