

御殿場市産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

申請者	(ふりがな) 氏 名		生年 月 日	年 月 日	
	住 所	〒 御殿場市 電 話			
子	(ふりがな) 子の氏名		生年 月 日	令和 年 月 日 (第 子)	
	出産施設		退院日	令和 年 月 日	
緊急連絡先		(ふりがな) 氏 名	続柄	住 所	電 話 番 号
利用希望	日 程	希望サービス	施 設 名 称		申 請 理 由
		☐ 通所型 ☐ 居宅訪問型 ☐ 宿泊型	☐ 小沼母乳育児相談室 ☐ 助産院N I C O ☐ かねこ助産院 ☐ 共立産婦人科医院		
世帯区分 (該当する場合は✓)		☐ 生活保護世帯・市民税非課税世帯			
同意書 御殿場市産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者 に情報提供をすること及び利用者（その子を含む。）の健康状態について受託事業者から 市へ情報提供することに同意します。 また、申請の内容を審査するため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他審査に必 要な資料について、関係機関に調査、照会又は閲覧することを承諾します。 御殿場市長 様 令和 年 月 日 申請者氏名（自署）					