

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	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒412- 御殿場市 電話 ()			
子	(ふりがな) 子の氏名		生年月日	令和 平成	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	
		<input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型	<input type="checkbox"/> 小沼母乳育児相談室 <input type="checkbox"/> 助産院NICO		
世帯区分 (該当する場合は✓)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯・市民税非課税世帯				
同意書					
<p>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。</p> <p>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。</p>					
御殿場市長 様					
令和 年 月 日					
申請者氏名（自署）					