

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 (第 子) | 年 月 日 |
| | 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（半日） <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N I C O | | |
| 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） | | | | | |