

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	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	☐ 小沼母乳育児相談室 ☐ 助産院N I C O ☐ かねこ助産院					
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）								