

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 年 月 日 平成
	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
		<input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 <input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 小沼母乳育児相談室 <input type="checkbox"/> 助産院NICO <input type="checkbox"/> かねこ助産院 <input type="checkbox"/> 共立産婦人科医院 <input type="checkbox"/> かやま産科婦人科医院 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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					
<u>申請者氏名（自署）</u>					