

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N I C O <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			
<div>同意書</div> <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> <p>御殿場市長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者氏名（自署）</p>					