

様式第1号（第6条関係）

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

志布志市長 下平 晴行様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話 — —

産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。
事業の利用の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

記

利用者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所			(歳)	
出産医療機関名			出 産 日	年 月 日	
			退 院 日	年 月 日	
子の状況	氏名		出生時の体重	g	第 子
	氏名		出生時の体重	g	第 子
利用施設名					
利用内容	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型（1日） <input type="checkbox"/> 通所型（相談） <input type="checkbox"/> 居宅訪問型				
利用希望期間	年 月 日から		年 月 日まで 日間		
備 考					

(注)

- 1 申請理由の欄は、該当する□に✓印を付してください。
- 2 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

※ 市記入欄

決定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 利用決定	<input type="checkbox"/> 利用却下
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> それ以外の世帯		