

別 記

第1号様式（第6条第1項関係）

年 月 日

（宛先）白井市長

住所  
申請者 氏名  
電話

白井市産後ケア事業利用申請書兼同意書

産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請いたします。

利用者氏名(産婦) <small>ふりがな</small>		生年月日	年	月	日
住所・連絡先	〒 白井市 電話 ( )				
世帯構成 (利用者を除く)	氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態
出産(予定)日		子の氏名			
分娩(予定)施設		生年月日			
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 宿泊型サービス <input type="checkbox"/> 通所型サービス (利用希望施設 ) <input type="checkbox"/> 訪問型サービス				
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日 ( 日間)				
申請理由 (具体的に記載)					
利用者の世帯区分	1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他世帯				
緊急連絡先	住所： 氏名：		電話： 続柄：		

※申請時には母子健康手帳を御持参ください

<p>同意書</p> <p>私は、申請に当たり次の事項に同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>私の情報を必要な範囲でサービス提供事業者に対し提供すること。</li><li>サービスの利用開始時に決められた利用者負担金をサービス提供事業者を支払うこと。</li><li>サービス提供事業所から市の関係部署に利用状況を報告すること。</li><li>世帯区分を確認するため、生活保護法による被保護世帯であること又は市町村民税非課税世帯であることに関する情報を、市が保有する公簿等により、健康課が確認すること。</li></ol> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------