

年 月 日

（あて先）かすみがうら市長

申請者 氏名

㊟

かすみがうら市産後ケア事業利用申請書

かすみがうら市産後ケア事業を利用したいので、かすみがうら市産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

利用者	母の氏名		生年月日	
	子の氏名		生年月日	
	住所	かすみがうら市		
	電話番号			
利用を希望するサービス	□産後訪問	希望年月日	年 月 日 / 年 月 日	
		希望医療機関等		
	□産後デイケア	希望年月日	年 月 日 / 年 月 日	
		希望医療機関等		
	□産後ショートステイ	希望年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
		希望医療機関等		
利用を希望する理由				
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> どちらにも該当しない			

私は、事業を利用するにあたり、次の事項について同意します。

- 1 自己負担金の額を決定するため、私の住民登録情報、住民税の課税状況及び生活保護の受給状況を確認すること。
- 2 事業の実施に必要な限度において、医療機関等に私の情報を提供すること。
- 3 医療機関等が市に対し、私が利用する事業の実施状況を報告すること。

氏名（自署）
