

八千代市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 八千代市長

申請者 住所
(利用者) 氏名
電話番号

八千代市産後ケア事業を利用したいので、下記の事項に同意の上、次のとおり申請します。

出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)医療機関	
世帯構成	氏名	続柄	生年月日 職業
世帯の区分 該当する番号に ○をつけてください。	1 生活保護世帯		2 非課税世帯
	3 それ以外の世帯		
申請事由			
希望する事業の種類	利用希望期間等		利用希望日数
宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
デイケア型	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
訪問型	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日		

添付書類

生活保護・非課税世帯の場合は、そのことを確認できる書類
※所得課税証明書・生活保護受給証明書など

同意書

私は、産後ケア事業利用申請の審査に当たり、世帯全員の住民票・市県民税課税台帳及び生活保護受給世帯の該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

また、この申請書の内容及び産後ケア事業の利用に必要な情報を市が医療機関等に提供すること並びに利用者の健康状態について医療機関等が市に情報提供することに同意します。

利用者 氏名 印 氏名 印
氏名 印 氏名 印

※ 上記同意書には、利用者及び同一世帯に属する方全員が記名押印してください。ただし、18歳未満の方については、親権者が代わって記名押印することができます。