

産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

八幡平市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
ふりがな 子の氏名		生年月日	年 月 日 (生後 月)
出産 (予定) の場所		退院 (予定) 日	年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な家事及び育児等の援助が受けられない <input type="checkbox"/> 体調不良・育児不安 <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望するケア	<input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> 訪問型		
同意書	<p>1 この利用申請の審査のため八幡平市が住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。</p> <p>2 八幡平市産後ケア事業の利用料を決定するため、八幡平市が申請者及び同一世帯の市民税課税状況及び生活保護状況を閲覧又は照会することに同意します。</p> <p>3 本申請書の内容及び事業の実施に必要な情報を八幡平市が産後ケア実施者に提供すること、並びに利用者の健康状態等について産後ケア実施者から情報提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>		
市記入欄	<p>1 対象者 <input type="checkbox"/> 産後1年未満</p> <p>2 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無</p> <p>3 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当</p>		