

様式第1号（第6条関係）

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

常総市長 殿

住 所

氏 名

㊟

電話番号

産後ケア事業を利用したいので、常総市産後ケア事業実施要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、審査のため必要な限度において、私及び私の世帯員の住民記録、納税状況その他の事項を調査することに同意します。

利用者	住 所	
	ふりがな	生年月日
	母の氏名	年 月 日
	ふりがな	生年月日
	子の氏名	年 月 日
出産（予定）施設名		
出産（予定）日		年 月 日
利用する産後ケア事業の種類及び期間		<input type="checkbox"/> ショートステイ事業 年 月 日～ 月 日（ 日間）
		<input type="checkbox"/> デイケア事業 年 月 日
利用医療機関名		
申 請 理 由		<input type="checkbox"/> 第2条第1項第1号該当 <input type="checkbox"/> 第2条第1項第2号該当 <input type="checkbox"/> 第2条第1項第3号該当 (理由 )

備考 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。

※市役所記入欄

世帯状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯・被保護世帯
公 簿	年 月 日確認 ㊟