

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および「産後ケア事業情報提供書」等を利用する産後ケア施設へ提供することに同意します。

利用者	住所			
	フリガナ		生年月日	
	母の氏名		年	月
	フリガナ		生年月日	
	子の氏名		年	月
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"/> 短期入所型（ショートステイ） 年 月 日～ 月 日（ 日間）		
		<input type="checkbox"/> 通所型（デイサービス） 年 月 日		
利用産後ケア施設名				

※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 印