

大牟田市産後ケア事業利用申請書

大牟田市長 様

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

利用 希望日	宿泊型	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)	
		年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)	
		年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)	
日帰り型	年 月 日	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	
利用 (希望) 医療機関等の名称			
利用 者	ふりがな		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒 ー 大牟田市 電話番号	
	ふりがな		生年月日
	乳児の氏名		年 月 日
	緊急連絡先	氏名 住所 電話番号	
出産 (予定) 施設名		所得の区分 (該当する□に✓をつけてください) <input type="checkbox"/> A 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> B 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> C 生活保護世帯	
希望する理由 (困っていることや心配なこと✓をつけてください) <input type="checkbox"/> 産後の身体の回復に不安があるため <input type="checkbox"/> 育児支援者が少ないため <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 育児不安があるため <input type="checkbox"/> 休息目的 <input type="checkbox"/> その他 ()			
1. 産後ケア事業利用申請の審査にあたり、必要な範囲で市が住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 2. 市が委託先である医療機関等へ申請書等の内容を情報提供することに同意します。また委託先である医療機関等が、サービスの利用状況及び健康状態などを市へ情報提供することに同意します。 3. 利用プランの内容と、施設に対して利用料を支払うことに同意します。			
申請者 (利用者) 氏名			