

年 月 日

大田原市長 様

申請者

住所

氏名

（利用者との続柄： ）

大田原市産後ケア事業利用申請書

大田原市産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ	生年月日		食物等アレルギー	
利用者氏名	年 月 日（ 歳）		有（ ）・無	
フリガナ	生年月日	出生体重	食物等アレルギー	
利用者氏名（子）	年 月 日	g	有（ ）・無	
フリガナ	生年月日	出生体重	食物等アレルギー	
利用者氏名（子）	年 月 日	g	有（ ）・無	
住 所	電話番号			
利用する理由	1 出産後の身体回復に不安があるため。 2 育児について不安があるため。 3 日常生活について不安があるため。 4 心理的ケアが必要であるため。 5 その他（ ）			
家族の状況	続柄	氏名	年齢	職業
	市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯（該当する箇所○）			
利 用 内 容				
事業の種類	利用期間		実施医療機関等	
宿泊型・日帰り型・訪問型	年 月 日～ 年 月 日			
宿泊型・日帰り型・訪問型	年 月 日～ 年 月 日			
宿泊型・日帰り型・訪問型	年 月 日～ 年 月 日			
同意欄				
1 市が利用者及び利用者の世帯員の市町村民税の課税状況について調査すること。 2 市が事業を委託する医療機関等に本申請書に記載された情報を提供すること。 3 市が事業を委託する医療機関等から利用者の状況等について報告を受けること。 4 医療行為が必要な場合は、本事業を利用できない場合があること。 私は、産後ケア事業の利用を申請するに当たり上記について同意します。				
利用者氏名（自署）				