

別 記

第 1 号様式（第 6 条）

印西市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

印西市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印西市産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

利 用 者 氏 名			生 年 月 日	年 月 日	
世 帯 構 成 (利用者を除く)	氏名	続柄	生年月日	職業	健康状態
出 産 (予 定) 日	年 月 日				
分 娩 (予 定) 施 設					
利 用 区 分	1 短期入所型 2 通所型 3 居宅訪問型				
希望施設 (事業所)	第 1 希望		第 2 希望		
利 用 希 望 期 間	年 月 日から 年 月 日 (日間)				
申 請 理 由					
利 用 者 の 世 帯 区 分	1 生活保護法による被保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯				
緊 急 連 絡 先	氏名 (続柄) 電話番号				

同 意 書

印西市産後ケア事業の利用申請の審査に当たり、住民基本台帳、所得状況、生活保護の有無等の確認のため必要な情報を公簿等によって閲覧されることに同意します。

また、申請書の内容及び産後ケア事業の利用状況を委託事業者及び市の関係部署に提供することに同意します。

氏名 _____ 氏名 _____
氏名 _____ 氏名 _____
氏名 _____ 氏名 _____

※上記同意書には、利用者及び同一世帯に属する方全員が記名してください。