

福津市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

福津市長 様

申請者 氏名 _____（続柄 _____）

住所 _____

電話番号 _____

次のとおり福津市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 福津市		
利用者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		生年月日	S・H 年 月 日
父の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		生年月日	S・H 年 月 日

子の氏名					第 子
出生週数	週 日	出生体重	g	出産施設	
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	退院日	年 月 日
利用希望 サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 （利用施設名 _____） <input type="checkbox"/> デイサービス型（利用施設名 _____） <input type="checkbox"/> 訪問型 （利用施設名 _____）				
利用希望日数	日間				
申請理由	<input type="checkbox"/> 育児に対して不安や負担がある <input type="checkbox"/> 産後の体調に不安がある <input type="checkbox"/> 家族等から家事・育児等の支援が受けられない <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
同意書	<input type="checkbox"/> 世帯状況及び費用負担額に係る市民税課税状況を確認するため、福津市が申請者の属する世帯の住民基本台帳及び市民税情報を閲覧すること。 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業利用にあたり、福津市が委託事業所に対して必要な個人情報（本利用申請書等）を提供すること及び委託事業所が福津市に対して必要な個人情報を提供すること。 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業実施施設へ費用負担額を支払うこと。 上記の内容に同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名</p>				

注）市に課税情報がない人は源泉徴収票や課税証明書等が必要です。