

産後ケア事業利用申請書（デイサービス型）

年 月 日

福津市長様

次のとおり、福津市産後ケア事業の利用を申請します。（太線の枠内について記入してください）

申請者（利用者）住所	福津市			
申請者（利用者）氏名	生年 月日		連絡先	
父の氏名	生年 月日		連絡先	
子の氏名	男・女			第 子
出生時の体重	g	出産施設名		
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	
退院予定日	年 月 日	退院日	年 月 日	
利用希望日数	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）			
申請理由 (具体的に記入してください)				
同意欄	① 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。 ② 産後ケア事業の利用にあたり、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事。 ③ 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①、②、③に同意します。 年 月 日 申請者氏名 印			
※母子の状態				
※申請書 受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日	
※産後ケア事業実施医療機関名				

(注意) 1.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。

2.市に課税資料がない人は源泉徴収票や課税証明書等が必要です。

(職員) 減免確認 双子の場合は2枚提出