

富津市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

富津市長 様

申請者 住所
氏名
電話番号

富津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	産婦	ふりがな		生年月日			
		氏名					
	乳児	住所					
		電話番号					
乳児	ふりがな		生年月日	性別			
	氏名						
乳児	ふりがな		生年月日	性別			
	氏名						
世帯構成	氏名	産婦からみた続柄	生年月日	職業	備考		
世帯の区分		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯					
申請理由		<input type="checkbox"/> 身体的な不調や休養の必要がある <input type="checkbox"/> 心理的な不調がある <input type="checkbox"/> 育児について不安が強い <input type="checkbox"/> 家族等からの育児・家事等の支援が受けられない <input type="checkbox"/> その他 ()					
希望する医療機関		(第一希望)			(第二希望)		
希望する事業及び 利用希望期間等		<input type="checkbox"/> 宿泊型事業		年 月 日～	年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 日帰り型事業			年 月 日		
		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型事業			年 月 日		
緊急連絡先		電話番号	氏名	産婦からみた続柄			
利用者番号							

- 添付書類 1 世帯全員の住民票（裏面の同意書に記名押印した者は省略できます。）
 2 生活保護世帯の者は、生活保護受給証明書（裏面の同意書に記名押印した者は省略できます。）
 3 市民税非課税世帯の者は、非課税証明書

(裏面)

個人情報の収集及び提供に関する同意書

- (1) 産後ケア事業利用申請の審査に当たり、私にかかる住民基本台帳記録及び生活保護受給世帯の該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。
- (2) 私にかかる申請書の内容及び産後ケア事業の実施に必要な情報を市が医療機関等に提供することに同意します。
- (3) 利用者にかかる産後ケア事業の利用時の健康状態等について、医療機関等が市に提供すること並びに新生児訪問、乳幼児全戸訪問事業及び母子保健サービス提供のために関係部署に提供することに同意します。

利用者氏名 _____