

様式第 1 号（第 6 条関係）

大田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

大田市長 様

私は、下記のとおり大田市産後ケア事業の利用を申請します。
なお、申請に当たり、市が私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況について確認することに同意します。
このことについては、私の世帯員の同意を得ています。また、利用する医療機関等へ必要な個人情報を提供することに同意します

申請者
(ふりがな)
(氏名) _____ (利用者との続柄 _____)
(住所) _____
(連絡先) _____

(ふりがな) 利用者氏名 (母)	☐ 上記 (申請者) と同じ	生年 月 日	昭和・平成 年 月 日
(ふりがな) 子の氏名	(男・女) 年 月 日生		
(ふりがな) 子の氏名	(男・女) 年 月 日生		
住 所	☐ 上記 (申請者) と同じ 大田市 町		
連 絡 先	☐ 上記 (申請者) と同じ 電話：		
課税区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
利 用 の 種 類	☐ デイサービス型 ☐ アウトリーチ (訪問) 型		
申請理由	☐ 母体管理及び生活面の指導に関すること ☐ 乳房管理に関すること ☐ 沐浴、授乳等の育児指導に関すること ☐ その他 ()		

以下、市担当課記入欄

受付印	【世帯区分】 ☐ 生活保護世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ その他		
	☐ 利用決定 年 月 日 ☐ 決定通知送付 年 月 日		
	利用者番号	—	