様式第1号（第6条関係）

合志市産後ケア事業利用申請書
（訪問型・宿泊型・通所型）

年 月 日

（あて先）合志市長

申請者
住所 合志市
氏名

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日（ 歳）
	住 所	合志市	電話番号（ - - ）
	ふりがな		出産日
	児氏名	男・女	年 月 日（第 子）
	緊急連絡先	氏名： 利用予定者との関係（ ）	電話：
申請理由	☐ 産後の心身に不安がある ☐ 育児に不安がある ☐ 家族から育児等で支援が得られない ☐ その他（ ）		
・産後ケア事業の申請にあたり自己負担額を決定するため、利用者世帯の住民基本台帳及び課税状況等を確認すること。（転入等で確認できない場合は、自身で世帯の課税証明書を提出すること） ・市が委託医療機関等に申請等の内容を情報提供すること、及び委託医療機関等が市へ産後ケア事業の利用状況、健康状態等の情報提供をすること。			
上記の事項について、同意します。			申請者署名 _____

【市記入欄】

課税区分	課税 ・ 非課税 ・ 生保	確認者：	確認日：
------	---------------	------	------