

小平市長 殿

令和 年 月 日

(申請者)

利用者本人 本人以外・続柄()

住所

電話番号

申請者氏名

小平市産後ケア事業利用申請書

小平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。

	氏名	フリガナ	生年月日
妊産婦			昭和・平成 年 月 日
こども			令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>
こども	(多胎児のみ記入)		令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>
こども	(多胎児のみ記入)		令和 年 月 日 <input type="checkbox"/>
妊娠中の方	妊娠週数 週	出産日(予定日)	令和 年 月 日 単胎・多胎
住所	〒187- 小平市		
電話番号	自宅 携帯		
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話番号 ()		
利用者負担額区分	1 住民税の課税世帯 2 住民税の非課税世帯 3 生活保護受給世帯		
利用希望サービス	1 宿泊型 2 日帰り型 3 訪問型		
申請理由	1. 出産後の身体の回復や体調に不安がある 2. 育児に不安がある 3. 育児手技について知りたい 4. 産後ケアを利用してみたいと思った 5. 産後に育児を手伝ってくれる人がいない 6. 産後ケアの利用を勧められた 7. 上記以外の理由があれば記入()		
申請にあたり、下記のことにご同意します 1. 小平市が住民基本台帳や、利用者負担額の決定に必要な課税状況等(同一世帯を含む)について、保有する情報を閲覧・確認すること 2. 小平市が産後ケア事業の委託事業者に対し、個人情報を必要な範囲で提供すること 3. 委託業者が小平市に対し、本事業の利用状況を報告すること 4. 入院・加療が必要となった場合や感染症の疑いがある場合、本事業を利用できないこと 5. 母子保健サービスのため、本事業の利用状況について、小平市の関係部署に情報提供すること 6. 本事業利用日に小平市民であること <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 署名</p>			
備考			