

年 月 日

花巻市産後ケア事業利用申請書

委託事業者 様

申請者 住 所
氏 名
連絡先

印

次のとおり、花巻市産後ケア事業の利用を申請します。

(※2 日目以降及び延長利用の方は、* 欄は記入省略可)

利用日数	<input type="checkbox"/> 日目利用 (うち当該産後ケア施設 日目) <input type="checkbox"/> 延長利用該当		
* 住 所	〒		
ふりがな 利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
*ふりがな 子の氏名	男 ・ 女 (第 子)	* 生年月日	年 月 日 (か月)
* 出産医療機関名		* 出生体重	g
利用日時及び サービス内容	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分 <input type="checkbox"/> 日帰り型 (全日) <input type="checkbox"/> 日帰り型 (半日) <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 宿泊型		
世帯区分	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 市民税課税世帯		
利用する理由 (具体的に記入ください)			
備 考			
承認番号	—	利用番号	No.

この利用申請の審査のため花巻市が住民基本台帳による世帯状況を調査すること、及び利用に必要な情報や健康状態等について事業所から花巻市に情報提供することに同意します。

署名 _____ 印