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

次のとおり、花巻市産後ケア事業の利用を申請します。
（※2回目以降及び延長利用の方は、＊欄は記入不可）

利用の種別	□新規利用　　□（　　回目利用）　　□延長利用		
＊ 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・ サービス内容	年　月　日 □日帰り型（全日）　□日帰り型（半日）　□訪問型 午前・午後　午前・午後　時～		
世帯区分	1　生活保護世帯　　2　その他の世帯		
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.

※生活保護世帯に該当する方は、生活保護受給証明書を提出してください。

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健康づくり課に情報提供することに同意します。

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞