

産後ケア事業利用承認申請書					
筑西市長 様			年 月 日		
(申請者) 住 所			氏 名		
			電話番号		
<p>産後ケア事業を利用したいので、筑西市産後ケア事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。また、次に掲げる事項について承諾します。</p> <p>(1) 私の世帯の住民登録情報及び課税状況について関係機関に照会し、又は関係機関の保有する情報を閲覧すること。</p> <p>(2) 個人情報について、産後ケア事業の利用に必要な範囲で、市長が事業を委託する法人等に提供すること及び当該法人等が筑西市に提供すること。</p>					
利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	産婦氏名				
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (生後  か月)	
	乳児氏名		性別等	男 ・ 女 第 子	
			出生時体重	g	
出産施設			退院日	年 月 日	
産後ケア利用回数		第 回目 ※通算 5 回まで			
申請理由 (該当するものを○で囲んでください)	<p>1 家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられない。</p> <p>2 産後の心身の不調がある。</p> <p>3 育児に対する不安感がある。</p> <p>4 その他( )</p>				
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型サービス	年 月 日 から 年 月 日まで ( 泊)			
		年 月 日 から 年 月 日まで ( 泊)			
	利用施設名				
	<input type="checkbox"/> 通所型サービス	年 月 日 ( 日)			
		利用施設名			
	<input type="checkbox"/> 訪問型サービス	年 月 日 ( 日)			
利用施設名					