

様式第1号（第7条関係）

産後ケア利用（継続・変更）申請書

年 月 日

袋井市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

産後ケア事業を利用したいので、袋井市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更（            ）		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
子の氏名		子の区分	単胎 ・ 多胎
出産施設名			
出産（予定）日		退院（予定）日	
利用希望期間 （希望利用種別にレ 点を記入してくださ い。）	年 月 日 ～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）型 <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス1日）型 <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス半日）型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問（アウトリーチ）型		
世帯区分（該当区分にレ点）	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯		
産後ケア事業の利用に関する同意書			
<p>袋井市長 宛て</p> <p>産後ケア利用（継続・変更）申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を委託助産所等に情報提供すること並びに利用者の健康状態について委託助産所等から市へ情報提供することに同意します。</p> <p>また、申請につき袋井市が、住民基本台帳による世帯状況及び世帯の課税状況等を調査することに同意します。</p>			
<p>年 月 日</p> <p>申請者</p>			
産後ケア事業 実施（希望）機関			