

様式第1号（第6条関係）

胎内市産後ケア事業利用承認申請書

（宛先）胎内市長

胎内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。

年 月 日

（ふりがな） 氏 名	生年月日 年 月 日 歳		
住 所	〒		
電話番号			
利用する 乳児の氏名		生年月日 （出産予定日）	年 月 日
利用希望施設			
利用希望サービス *右記の該当する□ の中にレ印を付けて ください。	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型（日帰り）		
<p>同意書 私は胎内市産後ケア事業に関し下記の事項に同意します。</p> <p>適切な保健福祉サービスにつなげるため、委託医療機関等と市が産後ケア事業に係る情報を共有すること。</p> <p>申請者氏名 配偶者（夫）氏名</p>			

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------	-------

（注）二重枠の欄は、記入しないでください。