

東かがわ市長 殿

申請者 住所  
氏名  
(利用者との関係 )  
電話

東かがわ市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

なお、申請につき市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。  
また、生活保護の受給の有無について確認されることについて同意します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 ( 回目申請)		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	東かがわ市 電話 ( )		
子の氏名		生年月日	年 月 日
出産 (予定) 日	年 月 日	退院 (予定) 日	年 月 日
出産 (予定) 施設名			
利用希望 事業・期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)	
	<input type="checkbox"/> デイサ ービス型	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 ( 日)	
利用希望施設			
申請理由 (具体的に記入)			
利用料区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
備 考			

※ この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。