

様式第1号（第6条関係）

美濃加茂市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

美濃加茂市長 藤井浩人 宛

申請者 利用者本人 本人以外 氏名 _____ (本人との関係： _____)
 住所 _____
 連絡先 _____

美濃加茂市産後ケア事業を利用したいので下記のとおり申請します。

また、利用者の住民基本台帳、税情報等の公簿等の確認を行うことに同意します。また申請の内容、利用時の状況について委託事業者等が情報を共有し連携することに同意します。

※太枠内にご記入ください。

利用者	住所	(〒 _____) 美濃加茂市 電話 (_____) _____		
	【緊急連絡先】 氏名： _____ [続柄： _____] 電話番号： (_____) _____			
	氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
	子の氏名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
利用希望事業・期間		<input type="checkbox"/> 宿泊型 (年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 通所型 (年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日) <input type="checkbox"/> 訪問型 (年 月 日 / 年 月 日)		
申請理由 (該当項目に☑)		<input type="checkbox"/> 産後の身体の回復に不安があるため <input type="checkbox"/> 育児に不安があるため <input type="checkbox"/> 産後の支援者がいないため <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

※以下は美濃加茂市が記入します。

事業の種類	利用(予定)期間			
宿泊型	年 月 日～ 年 月 日			
通所型	年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日			
訪問型	年 月 日 / 年 月 日			
※申請受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 (利用者番号： _____) <input type="checkbox"/> 不承認

※生活保護受給確認 年 月 日 受給あり・受給なし 確認者
 ※市民税課税状況確認 年 月 日 課税・非課税 確認者