

様式第 1

盛岡市長 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄)

電 話

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。

利用者	ふりがな	生年月日			
	氏名 (初・経産)	昭和・平成	年 月 日		
	ふりがな	生年月日			
	乳児氏名 (第 子)	令和	年 月 日		
	出産医療機関	在胎週数 週	出生体重 g		
住所	盛岡市 (電話番号)				
世帯構成	氏 名	続 柄	生年月日	年 齢	職 業
		利用者	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
申請理由 (該当する項目すべてに○)	1 母体の体調管理、休養 2 乳房ケアの相談 (乳房トラブル等) 3 母乳相談、授乳の相談 4 育児相談 (お世話の仕方、体重の増えの相談等)				
希望するケア	<input type="checkbox"/> デイサービス型 (施設名:) <input type="checkbox"/> 訪問型 (希望時期 頃)				
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話番号				
世帯区分 (該当する項目ひとつに○)	1 市民税課税世帯 2 市民税非課税世帯 3 生活保護世帯				
同意欄 ※同意の場合、☑してください	<input type="checkbox"/> 盛岡市が利用申請の審査のため住民基本台帳による世帯状況を調査・閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 利用者負担額決定のため、住所を同じくする世帯員の盛岡市市民税情報について調査・閲覧することに同意します。調査の結果、確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 <input type="checkbox"/> 利用に必要な情報を産後ケア実施者に情報提供することに同意します。また、利用に必要な情報や健康状態について産後ケア実施者から盛岡市に情報提供することに同意します。				

盛岡市使用欄

備 考	受付番号	
	承認番号	(有・無)

