

習志野市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 住所
(利用者) フリガナ
氏名
電話番号
生年月日

習志野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。

出生児数※	1 単胎	2 双胎	3 それ以上
出産(予定)施設			
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
利用を希望する内容及び日程※	1 ショートステイ型 : 泊 日 希望日()		
	2 デイサービス型 : 日 希望日()		
	3 アウトリーチ型 : 日 希望日()		
利用を希望する医療機関等			
世帯の区分※	1 生活保護世帯	2 市民税非課税世帯	
	3 それ以外の世帯		

※ 該当する番号に○をつけてください。

世帯全員の課税状況が確認できる書類(課税証明書、生活保護受給証明書等)を添付してください(下記同意書に記名した場合は、省略可)。

同意欄

私は、産後ケア事業利用申請の審査に当たり、世帯全員の住民票・市県民税課税台帳及び生活保護受給世帯の該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

また、この申請書の内容及び産後ケア事業の利用に必要な情報を、市が医療機関等に提供すること及び利用者の健康状態について医療機関等が市に情報提供することに、同意します。

申請者(利用者) 氏名 (自署)
世帯員 氏名 (自署)
世帯員 氏名 (自署)