

様式第 1 号（第 6 条関係）

土岐市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

（宛先）土岐市長

申請者 住所
氏名 (続柄)
連絡先電話番号

土岐市産後ケア事業の利用を申請します。

利用 者	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所	土岐市 電話：				
	緊急連絡先	氏名：申請者との続柄：() 住所：電話：				
	乳児の氏名		妊娠週数：	週	出生体重：	g
			出生（予定）日		年 月 日	
出産(予定) 施設		退院予定日		年 月 日		
申請理由 (複数回答可)		☐ 出産後の身体的、精神的回復について不安がある ☐ 育児等について不安がある ☐ その他 ()				
利用希望日等	☐ 宿泊型	年 月 日から 年 月 日 (泊 日間)				
	☐ デイサービス型	年 月 日から 年 月 日 (日間)				
	☐ 訪問型	年 月 日から 年 月 日 (日間)				
土岐市産後ケア事業を利用するにあたり、次のことに同意します。 1. 土岐市産後ケア事業利用申請書、利用承認通知書の内容及びサービス利用に必要な情報を委託医療機関等に提出すること。 2. 利用者の住民基本台帳情報を閲覧すること。 3. 利用者が安全安心して本事業を利用するため、かかりつけ医、その他関係機関と連携する場合があること。 署名：_____						