

別記

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： 住所：	申請者との続柄：（ ） 電話：	
	乳児の氏名		出生体重	g
	出生日	年 月 日 (在胎週数： 週)	出産施設	
申請理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 出産後の身体的、精神的回復について不安がある <input type="checkbox"/> 育児等について不安がある <input type="checkbox"/> その他（ ）			
利用希望	<input type="checkbox"/> 宿泊型	日時	年 月 日から 年 月 日 (泊 日)	
		施設		
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	日時	年 月 日から 年 月 日 (日間)	
		施設		
	<input type="checkbox"/> 訪問型	日時	年 月 日から 年 月 日 (日間)	
		施設		
所得区分	1. 市民税非課税世帯 2. 生活保護世帯 3. 1または2に該当しない			
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利用医療機関等に提出すること。 2. 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。 3. 市が、利用者の所得状況および住民基本台帳情報を閲覧すること。				
署名： _____				