

東大和市産後ケア事業利用登録申請書

東大和市長 殿

申請番号

申請日 年 月 日

申請者 続柄()

東大和市産後ケア事業に利用登録したいので、次のとおり申請します。

※太枠の項目を利用者本人がご記入ください。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日 (歳)
利用 者 氏 名			
住 所	東大和市		
電 話 番 号	— —	緊 急 連 絡 先 氏 名 (続 柄)	— — ()
出 産 (予 定) 日	年 月 日 (第 子)	出 生 体 重	g
フリガナ		出 産 (予 定) 医 療 機 関	
乳 児 氏 名			
利用 申 請 理 由 (✓を入れる)	☐ 十分な支援を受けられないため ☐ 体調不良のため ☐ 育児について不安があるため ☐ 授乳方法・手技に不安があるため ☐ その他（具体的に：)		
利用者負担額の 免除の希望がある 場合の理由 (✓を入れる)	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護受給者世帯 ☐ 中国残留邦人等自立支援法に基づく給付受給世帯		
	※非課税世帯の方は、非課税証明書の提出が必要になる場合があります。		
同 意 欄	この申請にあたり、下記のことについて同意します。 1 東大和市が住民基本台帳や、利用者負担額の決定に必要な課税状況等（同一世帯を含む）について、保有する情報を閲覧・確認すること。 2 産後ケア事業を利用するため、受託事業者と必要な範囲内で情報共有すること。 3 切れ目のない支援のために、利用時の状況について市内関係部署及び関係機関に情報提供すること。 署名		

※市確認欄	承認決定日 (. .)
※面接者確認欄 ☐ 利用方法の確認 ☐ キャンセル料等別チラシの説明 ☐ 施設チラシ配布 ☐ アレルギー聴取 ☐ 母子健康手帳 申請時期： ☐ 妊娠中（妊娠 週） ☐ 出生後（ か月）	
※事務確認欄 ☐ 住民登録 ☐ 世帯区分 (市民税課税世帯・非課税世帯・生活保護等受給者世帯・中国残留邦人等自立支援法に基づく給付受給世帯)	