

五泉市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

五泉市長 様

申請者（利用希望者）

住所 五泉市

氏名

印

（署名の場合は印不要）

生年月日 年 月 日（ 歳）

電話

産後ケア事業（宿泊型）を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請につき住民基本台帳、課税状況等の情報を市長が調査、取得すること及び必要な情報を関係機関へ提供することに同意します。

申請の種類	新規 ・ 延長		
出産(予定)日	年 月 日	退院予定日	年 月 日
出産(予定)施設名			
利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日（日間）		
申請理由	（具体的に記入してください）		
産後ケア実施 委託医療機関等名			
分娩医療機関等の意見	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師又は助産師名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: right;">（署名の場合は印不要）</p>		

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
利用料区分	1.課税世帯 2.非課税世帯 3.生活保護世帯		

（注）二重枠の欄は、記入しないでください。