様式第1号（第7条関係）

令和　　年　　月　　日

白石市産後ケア事業利用申請書

白石市長　殿

申請者住所　〒 ○○○－○○○○
白石市●●●　●●●

申請者氏名　白石　花子　（続柄：本人　　）

電話番号

下記のとおり、白石市産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

利用者	ふりがな	しろいし　はなこ		生年月日	× 年　× 月　× 日 （　○　歳）
	母の氏名	白石　花子			
	ふりがな	しろいし　はな	男・女 （第　○　子）	生年月日	× 年　× 月　× 日 （　○　か月）
	子の氏名	白石　はな			
	住 所	白石市　●●●　●●●			
	電話番号	（自宅）　○○－○○○○　　（携帯）　○○○－○○○○-○○○○			
	出産（予定）日	× 年　× 月　× 日	退院（予定）日	× 年　× 月　× 日	
利用医療機関等		医療機関名			
利用を希望するサービス		☐ 宿泊型 ☑ 通所型　・1日6時間　・半日3時間　・未定 ☐ 訪問型　・3時間　・2時間　・未定			
心配なこと、相談したいこと					
世帯区分		住民税非課税世帯又は生活保護世帯の方は、利用額が通常よりも低い金額となります。 次に当てはまる箇所にチェックしてください。 ☑ どちらも該当しない　☐ 市民税非課税世帯　☐ 生活保護受給世帯			
同意欄		1.白石市が私及び生計を一つにする世帯員の白石市市民税情報について調査・閲覧することについて同意します。 調査の結果確認ができなかった場合は、証明できる書類を提出いたします。 2.白石市が医療機関等に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び医療機関等が白石市に利用状況等必要な個人情報を提供することについて同意します。 3.白石市が必要と判断した場合は体調などの情報について医療機関等に確認することについて同意します。 同意欄　× 年　× 月　× 日　同意者氏名　白石　花子　㊞ （本人署名の場合は㊞不要） （代筆者氏名　　（続柄　　））			

《添付書類》 産婦であることを証する種類（母子手帳の写し等）

※市役所記入欄

承認 ・ 不承認	担当者への連絡　済 ・ 未	決定通知送付日　年　月　日 調整担当者（　　）