

大竹市産前産後サポート事業及び産後ケア事業利用(変更)申請書兼情報提供同意書

年 月 日

大竹市長 様

次のとおり(産前産後サポート事業・産後ケア事業)利用(変更)を申請します。

申請者	ふりがな氏名				利用者との続柄	
	住所				連絡先	
利用者	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (申請者と異なる場合に記載)			生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (申請者と異なる場合に記載)			緊急連絡先	利用者以外の家族(続柄: )
	出産日又は出産予定日	年 月 日	退院日又は退院予定日	年 月 日	出産(予定)施設	
	ふりがな子の氏名	出生体重:			生年月日	年 月 日
					性別等	(男・女) (第 子)
	ふりがな子の氏名	出生体重:			生年月日	年 月 日
					性別等	(男・女) (第 子)
(産前産後サポート)	<input type="checkbox"/> 利用希望	年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 変更希望	年 月 日				
(産後ケア)	<input type="checkbox"/> 利用希望	年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間				
	<input type="checkbox"/> 変更希望	変更前	年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間			
		変更後	年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間			
	サービス区分	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型 <input type="checkbox"/> 母乳等ケア				
事業所名						
希望する支援内容	<input type="checkbox"/> 出産後の身体的回復について不安がある <input type="checkbox"/> 育児について不安がある <input type="checkbox"/> その他、日常生活に不安がある <input type="checkbox"/> その他( )					
同居の家族	続柄(利用者との)	氏名	生年月日	勤務先、学校等の名称		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯( ) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					
情報提供に関する同意書 市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況調査をすること、出産状況等を出産(予定)施設に照会すること、市が必要と判断した情報を委託事業者等に照会すること並びに、大竹市産前産後サポート事業及び産後ケア事業利用(変更)申請書兼情報提供同意書に記載してある情報を委託事業者等へ情報提供することに同意します。 <p style="text-align: right;">申請者 _____</p>						

※1 出産前の申請の場合は、出産予定日を基準にして希望する日を記載すること。

※2 申請時には、市長が必要と認める書類、申請者の本人確認ができるものを持参すること。

大竹市確認欄

課長	係長	係員	受付