

知多市産後ケア事業利用申請書兼同意書

知多市長 様

私は、次のとおり知多市産後ケア事業の利用を申請します。

申請日：

~~年 月 日~~

利用希望者に関する情報	(ふりがな) 母の氏名	(ちた はなこ) 知多 花子	生年月日	平成4年4月1日	
	住所	知多市 新知字永井2番地の1		電話：080-AAAA-1300	
	緊急連絡先	氏名	知多 太郎	申請者との関係：夫	
		住所	同上	電話：080-BBBB-1300	
	(ふりがな) 乳児の氏名	(ちた さぶろう) 知多 三郎	出生体重	2,980g	
	()	g			
出産（予定） 医療機関名	知多産婦人科	生年月日 (出産予定日)	令和4年9月5日		
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	
	知多 太郎	夫	平成2月4月1日	会社員	
	花子	本人	平成4年4月1日	会社員	
	次郎	長男	令和2年4月1日	保育園児	
	三郎	次男	令和4年9月5日		
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 身体的な負担、不安がある <input type="checkbox"/> 精神的な負担、不安がある <input checked="" type="checkbox"/> 育児について悩みがある <input type="checkbox"/> 日常生活について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()				
	具体的な症状、不安に思っていること、産後ケア事業に期待していること等を記載してください。 例) 授乳についての相談				
配慮を要する事柄	アレルギー：無 () 有 ()				
①知多市産後ケア事業利用申請及び事業の利用に必要な情報を実施施設に提供することに同意します。また、健康状態等について、実施施設から健康推進課に情報提供することに同意します。 ②知多市産後ケア事業利用の審査のため、必要な範囲で、住民基本台帳に関する資料を閲覧することに同意します。					
			年 月 日	利用希望者氏名： 知多 花子	