

様式第 1 号（第 6 条関係）

（表）

坂戸市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

坂戸市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

産後ケア事業を利用したいので、坂戸市産後ケア事業実施要綱第 6 条の規定により、下記のとおり申請します。

記

利用希望者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	坂戸市		
電 話 番 号			
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄	電話番号
申 請 理 由			
子 の 氏 名		生年月日	年 月 日
			年 月 日

(裏)

申請者と生計を一にする同居の親族	氏 名	生年月日	続 柄
同 意 書 利用者負担額の算定に必要があるときは、私の市民税の課税状況及び生活保護等の受給の有無について、市が調査・確認することに同意します。 また、産後ケア事業の利用の決定を受けたときは、この申請書の記載内容を委託医療機関の長に通知することに同意します。 坂戸市長 あて 年 月 日 氏 名			

備考

- 1 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
- 2 同意書には、申請者及び同居の親族のうち15歳以上の方全員の記載をお願いします。

市記入欄

課 税 状 況 等	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ 多胎児該当 ☐ 有（ 人） ☐ 無
-----------	--