

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

申請日（提出日）を記入してください。

坂戸市長 あて

申請者 住 所 坂戸市石井2327-3

氏 名 坂戸 花子

妊婦、産婦の氏名でお願いします。

電話番号 090-1234-5678

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	妊婦、産婦の氏名	生年月日	年 月 日
住 所	坂戸市		
電 話 番 号	妊婦、産婦の電話番号		
緊 急 連 絡 先	氏名	続柄	電話番号
申 請 理 由	(例) 育児相談のため、休息のため 等		
子 の 氏 名	今回、出産した児	生年月日	年 月 日
			年 月 日

妊娠中の申請の場合は空欄で可

※裏面は非課税世帯の方のみ記入 (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	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 多胎児該当 <input type="checkbox"/> 有（人） <input type="checkbox"/> 無
-----------	---