

年 月 日

さぬき市長 殿

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話番号

産後ケア事業利用申請書

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請にあたりさぬき市が必要と認めるときは、私及び私の世帯員の住民票情報及び市民税課税情報を確認されることに承諾します。また、生活保護の受給の有無について確認されることを承諾します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 (回目の申請)		
(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所及び連絡先	さぬき市 電話 () ※上記申請者の住所及び電話番号と同じ場合は、記入不要です。		
子の氏名		出生時の体重	g (第 子)
出産 (予定) 日	年 月 日	退院 (予定) 日	年 月 日
出産 (予定) 施設名			
利用種別・日数	<input type="checkbox"/> 宿泊型事業	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	<input type="checkbox"/> デイサービス 型事業	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日)	
利用希望施設			
申請理由 (具体的に記入してください)	※食物アレルギーなど施設への連絡事項があればご記入ください ()		
世帯の課税状況区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		
※担当者記入欄			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。