

岡崎市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

岡崎市産後ケアを利用したいので、次のとおり申請します。

記

申請者 (産婦)	(ふりがな) 氏名	(自署)	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳 )	
	住所	岡崎市 電話			
	緊急連絡先	氏名	申請者との続柄		
		住所	電話		
	出産施設名		出産日	年 月 日 (在胎週数 週)	
	(ふりがな) 乳児氏名			出生体重	g
希望サービス	利用希望日			希望施設	
<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日 ( 泊 日)				
<input type="checkbox"/> デイサービス型	年 月 日	・	年 月 日		
	年 月 日	・	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日	・	年 月 日		
	年 月 日	・	年 月 日		
階層区分	<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				
同意欄	① 世帯構成について、岡崎市が調査することに同意します。 ② 世帯構成員の住民税課税状況（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む。）について、岡崎市が調査することに同意します。 ③ 本申請書の内容その他の必要な情報を関係機関に提供すること及び利用者の健康状態等について実施施設から岡崎市に情報提供することに同意します。  <div style="text-align: right;">申請者氏名 (自署)</div>				
事務記入欄					

【注意】

- 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。  
窓口申請が難しい場合、事前にご連絡ください。
- 訪問型については、駐車場がない場合、利用できないことがあります。
- 裏面の岡崎市産後ケア事業 アンケート兼相談票の記入が必要です。
- 関係機関とは、実施機関、岡崎市健康増進課又は愛知県西三河児童福祉相談センターのことです。
- 申請受付後、岡崎市から連絡させていただきます。