

様式第1号（第7条関係）

桶川市長

桶川市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

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

記

申請者	住所	桶川市 TEL		
	母親の氏名	フリガナ	生年月日	( 歳)
	乳児の氏名		生年月日	( か月)
		男・女 (第 子)	出生体重	
			生年月日	( か月)
		男・女 (第 子)	出生体重	
出産施設名				
申請理由	(具体的に記入してください。)			
利用種別	<input type="checkbox"/> 訪問型 希望日：	<input type="checkbox"/> 宿泊型 希望日：	<input type="checkbox"/> デイサービス型 希望日：	
緊急連絡先	氏名 続柄 TEL	氏名 続柄 TEL		
<p>申請に当たり、次の事項について同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>産後ケア利用時に、利用者負担額を委託事業者へ支払うこと。</li> <li>申請の内容を利用する委託事業者に情報提供すること。</li> <li>委託事業者が市に利用状況を報告すること。</li> <li>利用要件確認及び利用者負担額の決定のため、市の住民基本台帳や世帯の課税情報等を確認すること。</li> </ul> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (自署)</p>				