

羽村市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

羽村市長 あて

申請者 利用者本人

本人以外

氏名

(利用者との続柄)

住所

連絡先

次のとおり産後ケア事業を受けたいので申請します。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 子の氏名		生年月日	年 月 日
住 所	羽村市	電話番号	
緊急連絡先	氏 名	(利用者との続柄)	
	電 話 番 号		
出 産 予 定 日 ( 出 産 日 )			
出 産 ( 予 定 ) 病 院			
申 請 理 由			
希 望 す る 事 業 の 類 型	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型	<input type="checkbox"/> デイサービス型	<input type="checkbox"/> 宿泊型
<p>この申請に当たり、下記のことについて同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>この申請書記載の情報が、受託事業者提供されること。</li> <li>世帯の課税状況等に関する事項について、羽村市長が公簿等により確認すること。</li> <li>課税状況等が公簿等で確認できない場合は、課税状況等のわかる書類を提出すること。</li> <li>産後ケア事業利用時に、利用者負担金を受託事業者へ払うこと。</li> <li>利用上限日数を超えるなど対象要件に該当しない場合は、産後ケア事業を利用できないこと。</li> <li>切れ目のない支援のために、利用時の状況について市内関係部署及び関係機関に情報提供すること。</li> </ol> <p style="text-align: right;">氏 名(自署) _____</p>			

\*子の氏名、通知日において住民基本台帳に登録されている場合のみ記載します。

受 付 印	世 帯 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"/> 上記以外の世帯