

八千代市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先） 八千代市長

申請者 住所 八千代市_____

（妊産婦） 氏名 _____

電話 _____

八千代市産後ケア事業実施要領第6条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

利用者 （妊産婦）	フリガナ		生年月日	年 月 日 （ 歳）
	氏名			
利用者 （子）	フリガナ		出産予定日	年 月 日
	氏名		生年月日（娩出日）	年 月 日
			在胎週数	週 日
			出産児数 単胎 ・ 双胎 ・ その他（ ）	
	出産（予定） 病院・産院名			
世帯構成 （利用者除く。）	氏名	続柄	生年月日	職業
申請理由	1 家族等の支援が得られない。 2 出産後の回復について不安がある。 3 育児について不安がある。 4 その他（ ）			
利用希望 時期や型等				
世帯の区分 該当する番号に○をつけてください	1 生活保護世帯 2 非課税世帯 3 それ以外の世帯			

同意書	
①私は、この申請書の内容及び産後ケア事業の利用に必要な情報を市が医療機関等に提供すること並びに利用者の健康状態について医療機関等が市に情報提供することに同意します。	
②私は、産後ケアの利用又は利用の取りやめについて、産後ケア実施機関の規則に従います。	
☐ 同意します ☐ 同意しません	

税情報等に関する同意書	
私は、八千代市が行う産後ケア事業を利用するに当たり、当該事業の申請時、課税状況の切替えの時期及び当該事業の利用の都度、八千代市が、当該事業の利用資格の有無の確認及び利用者負担額の算定に必要な範囲内で、私を含む世帯全員の課税状況及び生活保護の受給状況について確認することについて、同意します。また、私が八千代市に転入した等により八千代市で課税に関する資料の確認ができないときは、課税証明書、生活保護受給者証明書等の八千代市が求める書類を提出します。	
☐ 同意します ☐ 同意しません	