

年 月 日

岩 沼 市 長 様

申請者 住 所

氏 名

(続柄)

岩沼市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

下記のとおり、岩沼市産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用 者	住 所	(〒 -) 岩沼市		電 話	-	-
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	産婦氏名					
	フリガナ		子の生年月日	年 月 日		
子の氏名						
出産施設名			母子手帳 交付番号			
出生体重(在胎週数)		g (週)		出産予定日	年 月 日	
(利用 者 他) 世帯員	氏名	フリガナ	生年月日	備 考		
【申請理由】						
<input type="checkbox"/> 産後の体調管理(休息を含む)及び生活面の相談 <input type="checkbox"/> 乳房管理指導及び授乳相談 <input type="checkbox"/> 育児に関する相談 <input type="checkbox"/> 児の発達・発育に関する相談 <input type="checkbox"/> その他()						
世帯区分	1. 市民税課税世帯 2. 市民税非課税世帯 3. 生活保護世帯					
同意欄	1. 岩沼市が申請者及び生計を一にする世帯員の岩沼市産後ケア事業承認に係る必要な書類について調査・閲覧することに同意します。ただし、調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出します。 2. 岩沼市が委託事業者にて、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業者が岩沼市に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 3. 岩沼市が必要と判断した場合は、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。 同意日 年 月 日 同意者氏名 印 (代筆者氏名 (本人署名の場合押印は不要) (続柄))					

※市記入欄

【1月1日時点での居住地の確認】 <input type="checkbox"/> 岩沼市 <input type="checkbox"/> 市外() ・1～6月に申請に来所:前年の1月1日時点の住所地を確認 ・7月以降に申請に来所:今年の1月1日時点の住所地を確認 【備 考】
