

中間市産後ケア事業利用登録申請書

中間市長 様

年 月 日

申請者住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との続柄) \_\_\_\_\_

連絡先(電話番号) \_\_\_\_\_

中間市の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。なお、申請に際して以下の①～④に同意します。

- ①世帯状況の確認及び自己負担額決定に係る世帯区分を確認するために住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすること。
- ②産後ケア事業の利用に必要な情報を、中間市が利用する事業所に情報提供すること、及び産後ケア利用後、母子を支援するため、利用する事業所が中間市に対し必要な情報を提供すること。
- ③産後ケア事業終了時、利用者自己負担金等を利用する事業所に対して支払うこと。
- ④利用を中止する場合、利用する事業所が定めた期日までに事業所に連絡を入れること。利用する事業所が定めた期日までに連絡をしなかった場合、事業所にキャンセル料を支払うこと。

年 月 日 申請者名

利用 希望者	住 所	〒 _____		
	(ふりがな) 母の氏名	電話番号	生年 月日	年 月 日 ( ) 歳
	(ふりがな) 子の氏名		生年 月日	年 月 日 ( ) か月
	(ふりがな) 子の氏名		生年 月日	年 月 日 ( ) か月
緊急連絡先		氏名	利用者との続柄 ( )	
		住所	電話番号 ( )	
出産(予定)施設名				
出産(予定)日		年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
利用する理由 (特に心配なことなど、記入してください。)				

【中間市確認欄】

利用者確認	<input type="checkbox"/> 住基登録確認 <input type="checkbox"/> 本人確認書類 (運転免許証・健康保険証等)		
世帯課税状況	1. 課税世帯 2. 非課税世帯・生活保護受給者	確認方法：	
利用決定証明書 (産後ケアパスポート) 発行番号			