

近江八幡市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

近江八幡市長 宛

申請者 住所 近江八幡市  
氏名

（署名又は記名押印）

電話

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請書の内容及び母子カルテの記録等の個人情報について、利用施設等に情報提供することに同意します。

また、同一世帯の課税状況及び生活保護受給状況を確認することに同意します。

母の氏名		生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）
父の氏名		生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）
子の氏名	（男・女）	生年月日（出産予定日）	年 月 日
出産施設名			
利用内容	<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）型 ・ <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス）型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問（アウトリーチ）型		
利用施設名			
利用希望期日	年 月 日から	年 月 日まで	（ 日間）
申請理由（具体的に記入してください。）			
※母子の状態			
※申請書受付年月日	年 月 日	※決定年月日	年 月 日
		※承認・不承認	

- （注） 1 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。  
2 ※印欄は、記入しないでください。