様式第１号（第７条関係）

大仙市長　様

大仙市産後ケア事業利用申請書

利用者	母の氏名		生年月日	年　月　日（　歳）
	住　所	〒		
	電話番号		緊急連絡先	氏名： 続柄（　） 電話番号：
	妊(産)婦の身体的状況	妊娠中　異常なし　・　あり（　） 出産後　異常なし　・　あり（　）		
		出産(予定)医療機関		
利用目的（該当する項目にチェックをしてください。）		□母の健康管理及び休息、生活面の相談・指導 □乳房管理及びケア □育児に関する相談・指導（沐浴・授乳等） □子の発育・発達に関する相談 □その他の理由〔　〕		
事業種別及び利用希望日		□宿泊型　（　年　月　日　～　年　月　日） □日帰り型　（　年　月　日　～　年　月　日） □訪問型　（　年　月　日　～　年　月　日）		

世帯構成（利用者ほか）	氏名	続柄	生年月日	職業	備考

世帯区分（該当する場合、チェックをしてください））	□生活保護世帯　□市民税非課税世帯

＜同意書＞

１．審査に必要な私及び私の世帯員の課税状況等を調査・閲覧することに同意します。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．大仙市が委託事業者に必要な情報を提供する場合があります。また、利用の結果については、大仙市に委託事業者から報告されます。

３．大仙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場合があります。

４．利用日の調整の結果、希望に添えない場合があります。また、利用可能日数を超えて利用することはできません。

上記に同意し、利用を申請します

年　月　日　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄:　）

申請受付年月日	収受印	決定年月日	年　月　日
			承認　No.　・不承認