

別 記

第1号様式（第5条第1項、第2項及び第3項）
（表）

年 月 日

大網白里市長 様

大網白里市産後ケア事業利用（変更・中止）申請書

私は、大網白里市産後ケア事業実施要綱に基づく事業の利用（変更・中止）を次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用希望者 妊婦／産婦氏名		（ 年 齢 ）	（ 歳 ）
住所	大網白里市		
電話番号	（ ）		
緊急連絡先	本人以外の家族で日中に連絡を取ることができる方 電話番号 （ ） 氏名 続柄 （ ）・住所		
出産（予定）日	年 月 日	☐ 単胎 ☐ 多胎（ 人）	
出産（予定）施設			
申請理由	☐ 家族等の援助困難 ☐ 心身の不調 ☐ 育児不安 ☐ その他（ ）		
申請内容 （利用を希望する施設名・事業種別）	季美の森母乳育児相談室 （ 訪問型 ・ 通所型 ） みかづき助産所 （ 訪問型 ・ 通所型 ） ひがし母乳育児相談室 （ 訪問型 ・ 通所型 ） 東千葉メディカルセンター （ 通所型 ・ 短期入所型 ） さんむ医療センター （ 短期入所型 ） ※利用を希望するものすべてに○		
負担金に係る 世帯の区分	☐ 生活保護受給世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ その他		
申請者	☐ 利用希望者と同じ（記入不要） ☐ 利用希望者と異なる（要記入） 住所 フリガナ 氏名 利用希望者からみた続柄（ ） 連絡先		

※利用の中止を希望する場合のみ下記欄にご記入ください。

中止を希望する内容	
-----------	--

(裏)

同意欄

私は、事業の利用の申込みに当たり次の事項に同意します。

- 1 私の情報を産後ケア事業の実施に必要な範囲で、産後ケア事業の委託事業者に対し提供すること。
- 2 産後ケア事業の利用開始時に決められた負担金額を委託事業者を支払うこと。
- 3 委託事業者から市の関係部署に利用状況を報告すること。
- 4 世帯区分を確認するため、生活保護法による被保護世帯であること又は市町村民税非課税世帯であることに関する情報を、市が保有する公簿等により、健康増進課が確認すること。

大網白里市長 様

年 月 日

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

注 同意者の押印は、氏名を自署することにより省略することができます。