

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

瀬戸内市長 様

産後ケア事業利用申請書

瀬戸内市産後ケア事業利用について、瀬戸内市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

申請者氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号		緊急連絡先 (氏名・電話番号)	
子の氏名		出生体重	
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産医療機関		かかりつけ医 連絡先	
利用希望 実施機関		備 考	
希望する産後ケア	ショートステイ型産後ケア ・ デイサービス型産後ケア		
利用希望日	ショートステイ	年 月 日～ 年 月 日（泊 日）	
	デイサービス	（ 日）	

【所得区分1又は2の確認を希望する場合は下記を記入してください】

所得区分の確認に必要なため、課税台帳等関係資料の照会について、同意します。

同意者氏名	
-------	--

※課税台帳等で所得区分が確認できない場合、別途資料の提出を求める場合があります。

市担当者記入欄
---------