

産後ケア事業 利用券申請書兼同意書

年 月 日

(あて先) 富士宮市長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話  
(利用者との続柄 )

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|                    |  |             |           |
|--------------------|--|-------------|-----------|
| 利用者氏名              |  | 生年月日        | 年 月 日     |
| 利用者住所              | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と異なる場合のみ下記にご記入ください）<br>富士宮市<br>（電話番号： ）   |             |           |
| 利用する<br>子氏名        | 男・女  | 出生時の体重      | g 第 子     |
|                    | 男・女  | 出生時の体重      | g 第 子     |
| 世帯の区分<br>該当番号に○を記入 | 1. 市民税課税世帯   | 2. 市民税非課税世帯 | 3. 生活保護世帯 |
| 出産予定日<br>または出産日    | 年 月 日  |             |           |
| 同意欄                | 産後ケア事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、利用者及び世帯員の状況について、市が事務処理に必要な下記の情報を調査することに同意します。<br>1) 住民基本台帳    2) 市民税課税状況    3) 生活保護扶助状況<br>_____ 年 月 日 氏名 |             |           |

(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。