

行橋市産後ケア事業利用申請書

行橋市長

様

申請者 住所：行橋市

氏名：

(利用者との続柄：)

連絡先（電話）：

本事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、本書の提出に併せまして、次に掲げる事項に同意し、その旨を表明します。

- 世帯状況の確認及び利用料に係る世帯区分を確認するため、市が住民基本台帳及び課税状況の調査・閲覧をすることに同意します。
- 市が本事業の実施に必要な情報を受託事業者に提供すること及び受託事業者が市に対して個人情報を提供することに同意します。
- 本事業の実施施設を退所する際は、受託事業者より請求のあった利用料を支払うことを約束します。

申請種類	新規 ・ 再申請		母子健康手帳番号： ()	
利用者	(ふりがな) 母の氏名：		生年月日： 年 月 日生 (歳)	
	子の氏名： (第 子)		生年月日： 年 月 日生	
	住 所：行橋市		電話番号：	
出産施設名				
出産（予定）日	年 月 日		退院（予定）日	年 月 日
実施事業	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> アウトリーチ	<input type="checkbox"/> デイサービス	
利用希望施設				
利用希望期間	年 月 日		年 月 日	
利用申請理由 (特に心配なこと等具体的に記入して下さい。)				
医療機関からの意見書	無 ・ 有 (医療機関名：)			
緊急連絡先	氏名：		利用者との続柄：	
	住所：		電話番号：	

(市記入欄)

世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 1. 世帯の市民税所得割額が 133,000 円以上の世帯	世帯員課税情報確認 確認者 ()
	<input type="checkbox"/> 2. 世帯の市民税所得割額が 133,000 円未満の世帯	
	<input type="checkbox"/> 3. 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 公簿
<input type="checkbox"/> 4. 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 添付書類	