

### 豊前市産後ケア事業利用申請書

豊前市長 様

申請者 住所:豊前市

氏名:	印
(利用者との続柄: )	
電話番号:	

本事業を利用したいので、豊前市産後ケア事業実施要綱第6条に基づき、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、市が本市の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を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。

申請区分	新規 ・ 再申請		母子健康手帳番号	
利用者	住所	豊前市	電話番号	
	(ふりがな)		生年月日	年 月 日生( )
	母の氏名		生年月日	年 月 日生
	子の氏名	(第 子)	生年月日	年 月 日生
	子の氏名	(第 子)	生年月日	年 月 日生
出産施設名				
出産(予定)日		退院(予定)日		
利用希望施設				
利用希望期間	年 月 日( )~		年 月 日( )	
申請理由	特に心配なこと等具体的に記入してください			
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 <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"/> 4. 生活保護世帯	世帯員課税情報確認 <input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付書類 確認者( )
---------	--	---