

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） 富士宮市 （電話番号： ）		
利用する 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 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 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。 1) 住民基本台帳 2) 市民税課税状況 3) 生活保護扶助状況 _____ 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。