

年 月 日

柏市長 あて

柏市産後ケア事業利用申請書

私は産後ケア事業を利用したいので下記のとおり申請します。

申請者 (妊産婦)	ふりがな 氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳	
	住所	〒 柏市		電話		
	緊急連絡先	氏名		(申請者との関係) 電話		
	ふりがな 児の氏名			出産 (予定)日	年 月 日	
	出産医療機関			妊娠期間等	週 日 単胎・( )	
世帯 構成 (申請者 以外)	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	歳	勤務先・学校名
申請理由	<input type="checkbox"/> 家事・育児等の援助が受けられない <input type="checkbox"/> 育児に不安がある <input type="checkbox"/> 産後の体調が不安 <input type="checkbox"/> 他 ( )					
利用サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型					
利用希望施設	<input type="checkbox"/> あびこ助産院 <input type="checkbox"/> おおたかの森助産院 <input type="checkbox"/> くぼのやウィメンズホスピタル <input type="checkbox"/> 千葉西総合病院					
事業をどのよう に知りましたか	1 ホームページ等広報      2 リーフレット 3 紹介があった (市・医療機関・他 )					
柏市長あて 個人情報に関する同意書      下記について同意します。 <input type="checkbox"/> 審査のため、住民票、課税状況等を確認すること <input type="checkbox"/> 審査のため、主治医に母子の病状等を確認すること <input type="checkbox"/> 事業利用のため、必要な情報について利用施設と柏市で情報共有すること <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者名 <span style="float: right;">印</span></p>						

※以下柏市使用欄

住民票	<input type="checkbox"/> 4ヶ月未満	<input type="checkbox"/> 親族支援	<input type="checkbox"/> 心身不調	<input type="checkbox"/> 訪問・面談
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税所得割課税世帯	
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書 <input type="checkbox"/> 住民税課税・非課税証明書			