

下田市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

下田市長 様

私は、下田市産後ケア事業の利用を申請します。

申 請 者 (母 親)	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日生 (歳)	
	住 所	下田市		
	電話番号	緊急連絡先(続柄)		
子	子の氏名	出生時の体重		第 子
	出産施設名			
	出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
	退院予定日	年 月 日	退院日	年 月 日
利用希望日 (希望する利用サー ビスに○をしてくだ さい)	ショートステイ・デイケア	年 月 日 ~ 年 月 日		
	ショートステイ・デイケア	年 月 日 ~ 年 月 日		
	ショートステイ・デイケア	年 月 日 ~ 年 月 日		
申請理由 (具体的に)				

情報提供に関する同意書

下田市産後ケア事業利用申請に必要な住民基本台帳及び市県民税課税状況、生活保護世帯に関する情報を確認すること。また、下田市産後ケア事業の利用に必要な情報を委託医療機関に情報提供すること並びに健康状態について、委託医療機関から市に情報提供することに同意します。

申請者氏名 _____ 印