

様式第1号（第6条関係）

桜川市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

桜川市長 様

申請者 住所

氏名

㊞

（続柄）

電話

次のとおり、桜川市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者住所	桜川市	電話番号
利用者（母）	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日
利用者（子）	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日
出産施設名		電話番号
利用内容	宿泊型 ・ 訪問型 ・ 日帰り型	
申請理由	1 出産後、身体面での不調があるため 2 出産後、精神面での不調があるため 3 育児や日常生活についての不安があるため 4 その他（ ）	

事業を利用するにあたり、自己負担金を判定するため、住民基本台帳・生活保護台帳・課税台帳を閲覧することに同意します。

また、申請にあたり市が保有する私に関する必要な情報を産後ケア施設に提供するとともに、実施後桜川市が産後ケア施設から必要な報告を受けることに同意します。

自署

㊞