

茨木市産後ケア事業利用申請書

（あて先）茨木市長

次のとおり、産後ケア事業の利用を関係書類を添えて申請します。

申請日		令和 年 月 日				
申請者 利用者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日	
	氏名	Ⓜ			平成 年 月 日	
	住所	茨木市				電話番号 () -
	フリガナ 乳児等の氏名			出生日	令和 年 月 日 (第 子)	
	在胎週数	週	出生体重	g	出生医療機関	
世帯 構成	氏名	続柄	生年月日		職業等	特記事項
			昭和・平成・令和 年 月 日			
			昭和・平成・令和 年 月 日			
			昭和・平成・令和 年 月 日			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯					
申請理由	<input type="checkbox"/> 家事、育児などを手伝ってもらえる家族等がないため。 <input type="checkbox"/> 体調の不良などがあり、休息の時間を取りたいため。 <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため。 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用希望医療機関等	第一希望 [] 第二希望 []					
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 () 泊 () 日					
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 () 泊 () 日					
緊急連絡先	フリガナ 氏名	(続柄:)		電話番号	() -	
	住所					

〔同意欄〕

- 産後ケア事業の審査に必要があるときは、私及び私の属する世帯全員の住民登録、課税状況及び生活保護受給の有無について茨木市長が住民基本台帳、市民税課税台帳及び生活保護に関する事務の関係書類等で確認することに同意します。
- 茨木市産後ケア事業の利用にあたり、茨木市長が委託事業者に対して必要な個人情報を提供すること及び委託事業者が茨木市長に対して必要な個人情報を提供することに同意します。
- 茨木市産後ケア事業の利用者負担金を必ず支払うことに同意します。
- 申請内容の変更があるときは、速やかに茨木市長に申し出ることに同意します。

申請者

Ⓜ

※氏名が自署の場合は、押印不要です。