

加東市産後ケア費用助成事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

加東市長 様

私は、下記のとおり加東市産後ケア費用助成事業の利用を申請します。

利用者（ご本人）	（フリガナ） 氏 名	（ ）		生年月日 （年 齢）	年 月 日（ 歳）			
	住 所	加東市				TEL	自宅	
	緊 急 連 絡 先	氏名			申請者との関係			
		住所						
	電話	自宅・携帯・勤務先		自宅・携帯・勤務先				
	産科医療 機 関 名				在胎週数	週		
出産予定日 （出産日）	年 月 日			妊娠 回目	今までの出産 回目）			
世帯構成	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢		
（希望するサービスに○をつける）	希望予定日							
	ショートステイサービス（ ）	年 月 日 ～		年 月 日（泊 日）				
	デイサービス（ ）	年 月 日 ～		年 月 日（日間）				
		年 月 日 ～		年 月 日（日間）				
乳房ケアサービス（ ）								
利用希望施設	第1希望（ ）			※施設の空き状況により、希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。				
	第2希望（ ）							
利用申請理由								

同 意 欄

①加東市産後ケア費用助成事業（以下「事業」という。）の利用にあたり、加東市が医療機関又は助産所（以下「医療機関等」という。）に対して必要な個人情報（本利用申請書兼情報提供同意書等）を提供すること、及び医療機関等が加東市に対して必要な個人情報を提供すること。

②事業の利用にあたり、加東市が住民基本台帳による世帯状況を調査すること。

③事業の利用に当たり、私及び私の世帯の市町村民税状況を調査すること。

④事業を利用することができなくなった、又は実施を要しなくなった場合は、速やかに加東市保健センター又は当該施設に連絡すること。

上記①②③④に同意します。 氏名 _____

※加東市保健センターから産後ケア実施施設への連絡事項

※ お問い合わせ先 ※

受 付 印

※ 確認事項

加東市在住

（ショートステイ又はデイサービス）

（乳房ケアサービス）

産後1年未満

産後1年未満

育児不安が強く、支援を必要とする者

家族等から産後の援助が受けられない者

住民税所得割非課税世帯

被保護世帯

その他