

清瀬市長殿

清瀬市産後ケア事業利用申込書

申請者

住所

氏名

(続柄 本人)

電話番号

清瀬市産後ケア事業利用に関する要綱第7条の規定により、清瀬市産後ケア事業の利用希望のため、下記のとおり申請します。

記

( 回目)

(フリガナ) 利用者氏名		生年月日	( 歳)
(フリガナ) 子の氏名		生年月日	
住所	郵便番号(〒 ) 清瀬市		電話番号
出産日		多胎の場合	
緊急連絡先	氏名	続柄	
	住所	郵便番号(〒 ) 電話番号	
申請回数	○1 ○2 ○3 ○4 ○5 ○6 回分 (選択してください)	支払方法	現金のみ
申請理由 (✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 産後家族等からの支援が受けられない <input type="checkbox"/> 育児・授乳について不安がある <input type="checkbox"/> 産後に心身に不安があり、休養の必要がある <input type="checkbox"/> その他		
免除希望			

※医師による医療行為が必要な方及び感染症の疑いのある方は受けられません。

(申請にあたり以下のことに同意します。)

- この事業を利用するため、清瀬市から支援を行う者に対して事業に必要な情報を必要な範囲で提供すること。
- 支援を行う者から利用状況の報告を市が受けること。
- 産後ケア事業利用時に、利用者負担額を支払うこと。
- 課税状況について公簿等で確認すること。

氏名