

茅ヶ崎市産後ケア事業利用申請書

(宛先) 茅ヶ崎市長

申請者氏名 印 ※ (利用者との続柄:)

※本人確認書類を提示することで、押印を省略することができます。

住 所 茅ヶ崎市

電話番号

次のとおり茅ヶ崎市産後ケア事業の利用を申請します。

| | | | | |
|-----------|--|--|-----------------|----------------|
| 利用者 | フリガナ 母の氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日生 (歳) |
| | 住 所 電話番号 | (申請者と同じ場合は、省略可) 茅ヶ崎市 電話 () | | |
| | フリガナ 子の氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日生 |
| 緊急 連絡先 | 氏 名 | (利用者との関係:) | | |
| | 電話番号 | | | |
| 出産(予定)施設名 | | | 出 産 (予 定) 日 | 年 月 日 |
| 世帯区分 | | <input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 希望利用施設 | | | | |
| 申請 理由 | 母親の状況について、当てはまるものにチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 産後、家族などから十分な家事、育児等の援助が受けられない。 <input type="checkbox"/> 体調不良や育児に対する不安がある。 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |

《担当者記入欄》

| | | | |
|------------|---|--|------|
| 登録番号 | | | |
| 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 | | 対応職員 |
| 本人確認 書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード(特) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 備考 | | | |