取手市長 殿

申請者 千

住所 取手市

氏名 続柄（ ）

取手市産後ケア事業利用申請書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住 所	☐ 申請者 と同じ		電話番号
	ふりがな 母の氏名	☐ 申請者 と同じ		生年月日 年 月 日
	ふりがな 子の氏名			生年月日 年 月 日
出産（予定）施設名				
出産（予定）年月日		年 月 日		
出 生 体 重				
利 用 施 設 名				
利 用 内 容		ショートステイ（託児：有・無）デイサービス（託児：有・無） アウトリーチ（居宅訪問）		
利 用 期 間		ショートステイ（ ）回 年 月 日～ 年 月 日（ ）回 デイサービス（ ）回 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 アウトリーチ（ ）回		
利 用 す る 理 由				

私は、取手市が、審査に必要な情報（住民基本台帳、生活保護台帳、課税台帳等）を閲覧し、及び利用施設に必要な応じて情報提供することについて同意します。

自署 _____