

年 月 日

(宛先)
鳴門市長

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

鳴門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。

(ふりがな) 利用者氏名	☐ 申請者と同じ	(ふりがな) 児氏名	
生年月日	年 月 日 (歳)	生年月日 出産前の場合は出 産予定日を記入	年 月 日 (か月)
住所	☐ 申請者と同じ 鳴門市		
生活保護 受給及び非課 税世帯の有無	☐ 生活保護世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 該当なし	TEL	☐ 申請者と同じ
		緊急連絡先	(続柄)
留意事項	気になることがあればご記入下さい。 ①通院： なし・あり(病名： 病院名：) ②内服： なし・あり(内服薬：) ③アレルギー： なし・あり(種類：) ④その他配慮が必要なこと ()		

調査及び情報提等に関する同意欄

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

- (1)住民登録及び生活保護受給の有無や申請者の属する世帯の課税状況について関係部署に調査することに同意します。
- (2)当事業を利用するために、必要な範囲内で個人の情報をサービスを利用する機関に提供することに同意します。
- (3)自己負担額は利用事業者に支払うことに同意します。また、規約に記載の日時以降の利用のキャンセルについては産後ケア事業を利用しなくとも、費用を負担する ことに同意します。

氏名 (続柄)

※以下の欄は鳴門市が記載します。

決定年月日	年 月 日
世帯区分	☐ 生活保護世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 課税世帯