様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

五所川原市長　様

五所川原市産後ケア事業利用申請書兼同意書

次のとおり、五所川原市産後ケア事業の利用を申請します。　　（※太枠の中をご記入ください）

ふりがな		生年月日	年　　月　　日
利用者氏名			
住所	五所川原市		
電話番号	自宅　　（　　）	携帯電話　　－　　－	
出産（予定）医療機関		母子健康手帳 No.	
利用希望日	①　　年　　月　　日　（※事前申請の場合は記入不要）		
	②　　年　　月　　日　（※事前申請の場合は記入不要）		
	③　　年　　月　　日　（※事前申請の場合は記入不要）		
ふりがな		性　別	□生年月日　□出産予定日　年　　月　　日
子の氏名		男・女	
申請理由 （該当するもの全てに☑してください。事前申請の場合は記入不要です。）	□ ①家族等から十分な支援が得られない □ ②産後の疲れが取れない □ ③産後、気持ちの落ち込みや不安がある □ ④母体ケア（乳房手当てやトラブルケア等）について相談したい □ ⑤育児（授乳・抱っこ等）について相談したい □ ⑥子の発育・発達について相談したい □ ⑦その他（具体的内容　　）		
利用料の減免事由	□　市民税非課税世帯 □　生活保護受給世帯		

《同意書》①五所川原市産後ケア事業の利用料を決定するため、申請者及び同一世帯の市民税課税状況及び生活保護状況を閲覧又は照会することに同意します。
②当該事業に必要な情報を、五所川原市から受託事業者に提供します。
③利用の結果については、事業者から五所川原市に報告されます。
④利用可能期間や利用回数の上限を超えて利用することはできません。
⑤五所川原市産後ケア事業利用承認決定通知書を提示せずに、本事業を利用することはできません。
※希望日に対応できない場合がありますので、ご了承ください
上記①～⑤に同意します。

年　　月　　日　　氏名

※五所川原市記入欄

受付日	申　請　区　分	備考
年　　月　　日	□申請	利用者負担　　□なし　□あり
	□事前申請　→確認　　年　　月　　日	