

様式第1号（第7条関係）

つくばみらい市産後ケア事業利用（変更）申請書

令和 年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住所
氏名
(続柄)
電話

次のとおり、つくばみらい市産後ケア事業の利用を申請（変更）します。

フリガナ		生年月日
母 氏 名		年 月 日
住 所	つくばみらい市 電話 - -	
フリガナ		生年月日
子 氏 名		年 月 日
出産施設名		
利用内容	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型	
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後、身体面での不調があるため <input type="checkbox"/> 出産後、精神面での不調があるため <input type="checkbox"/> 育児や日常生活についての不安があるため <input type="checkbox"/> その他（ ）	
利用者世帯 所得状況	<input type="checkbox"/> 市区町村民課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税世帯	

事業を利用するにあたり、利用者負担金を判定するため、世帯の住民登録情報、課税情報及び生活保護について、関係機関に照会し、又は関係機関の保有する情報を閲覧することに同意します。

また、市が保有する必要な情報を産後ケア施設に提供するとともに、実施後つくばみらい市が産後ケア施設から必要な報告を受けることに同意します。

自署 _____

つくばみらい市処理欄

<input type="checkbox"/> 住民基本台帳及び世帯区分	年 月 日	確認者()						
	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 生活保護						
受付 年月日	年 月 日	決定 年月日	年 月 日	確認				