

会津若松市広域産後ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

下記の通り、申請いたします。

会津若松市長

申請者 住所 会津若松市
氏名 (自署)
※本人以外の申請時：利用者との関係 ()
連絡先 (電話)

利用者	母の氏名		母の生年月日	昭和・平成 年 月 日 () 歳
	児の氏名		児の生年月日	令和 年 月 日
	住所	(〒 会津若松市) (電話)		
	出産 医療機関		妊娠週数	週 日
			出生体重	g
減免対象	なし ・ あり (市県民税非課税世帯・生活保護世帯)			

利用内容		
事業の種類 (希望する事業を○で 囲んでください)	利用希望期間	利用を希望する施設名
宿泊型・デイサービス型	令和 年 月 日 (~令和 年 月 日) 合計 日間	
宿泊型・デイサービス型	令和 年 月 日 (~令和 年 月 日) 合計 日間	

利用する理由 (具体的に記入してください)

※情報提供等に関する同意 (同意する場合、を入れてください。)

- 申請書内容及び産後ケア利用に必要な情報を利用施設に情報提供することに同意します。
- 産後ケアの利用状況について、利用施設から市へ情報提供することに同意します。

※市県民税非課税世帯または生活保護受給世帯で減免制度希望の方-市県民税課税情報、生活保護受給に関する情報を利用し確認することに同意します。 (同意する場合、を入れてください。)

※ご記入いただいた申請書は、必ず会津若松市へご提出くださいますよう、よろしくお願ひします。

以下の欄は会津若松市が記入します

申請受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日	承認 ・ 不承認
市県民税非課税世帯 確認		生活保護世帯確認		