

様式第1号(第8条関係)

年 月 日

坂出市長 殿

申請者 住所

氏名

印

※自署の場合は、押印は不要です

(利用者との関係)

電話

坂出市産後ケア事業利用・延長利用申請書

次のとおり、産後ケア事業を(利用・延長利用)したいので申請します。

なお、申請にあたり坂出市が所得状況および住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

過去の利用の有無	無・有	<input type="checkbox"/> 宿泊型事業 年 月 日～ 年 月 日 (日間) <input type="checkbox"/> デイサービス型事業 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日) <input type="checkbox"/> アウトリーチ型事業 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日)	
利用者住所		利用者電話番号	
(ふりがな)利用者氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな)子の氏名		出生週数 出生時体重	週 g (第 子)
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
利用希望施設名			
利用希望期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型事業	年 月 日～ 年 月 日 (日間)	
	<input type="checkbox"/> デイサービス型事業	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日)	
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型事業	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日)	
申請理由 (具体的に記入してください)	※食物アレルギー 無・有 ()		
利用料区分	1 生活保護世帯 2 市県民税非課税世帯 3 市県民税課税世帯		
※担当者記入欄			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。