

年 月 日

大館市産後ケア事業利用申請書

大 館 市 長 様

次のとおり、大館市産後ケア事業を利用したいので、大館市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により申請します。

なお、申請内容を審査するため、大館市が私の世帯の住民登録情報及び税情報の確認を行うこと、及び申請に関する情報を大館市が事業を委託した医療機関等に提供することについて同意します。

申請者 (利用者)	住 所	大館市				
	連絡先					
	氏 名	フリガナ	生年月日			
			年 月 日			
子の氏名 ※出産前申請は 記入不要	フリガナ	生年月日または予定日				
		年 月 日				
利用理由	あてはまる内容に、 ☒ をしてください。 ☐ 産後に心身の不調又は育児不安等があるため ☐ 産後のサポートが少なく、支援が必要なため ☐ その他（ ）					
世帯構成 (本人以外)	氏 名	続柄	年 齢	職 業	備 考	
課税状況	※下記にあてはまる場合は、 ☒ してください。 ☐ 生活保護世帯（申請時に緊急時医療依頼証を持参してください。） ☐ 市民税非課税世帯					

※以下、市使用欄

☐ 課税世帯	☐ 生活保護世帯・非課税世帯
-------------------------------	---------------------------------------