

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

稲敷市産後ケア事業利用申請書

稲敷市長 様

申請者 住所

氏名

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	住所	稲敷市		
		電話		
	氏名		生年月日 年 月 日	
	子の氏名		生年月日 年 月 日	
出産（予定）施設名				
出産（予定）年月日		年 月 日		
利用施設名				
利用内容		宿泊型 ・ 日帰り型 ・ 訪問型		
利用期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
利用する理由				

私が事業を利用するにあたり、自己負担金を判定するため、以下の内容について閲覧すること及び利用医療機関等に情報提供することに同意します。

・住民基本台帳 ・生活保護台帳 ・課税台帳

氏名

【以下、市事務処理欄】（記入しないでください）

公簿	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 生活保護台帳 年 月 日 確認者 ㊟	納税	<input type="checkbox"/> 市税納付状況（完納・未納（ ）） 年 月 日 確認者 ㊟
----	---	----	--