

年 月 日

草加市長

宛て

草加市産後ケア事業利用申請書

住所  
申請者 氏名 続柄( )  
電話番号

私は、同意事項に了承のうえ、草加市産後ケア事業を申請します。

利用者氏名 (ふりがな)		生年月日	年 月 日 ( 歳)
乳児氏名 (ふりがな)		出生体重	g 第 子
※多胎の場合 (ふりがな) 乳児氏名		出生体重	g 第 子
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日
住所	〒 草加市 緊急連絡先 : 氏名 電話		
出産施設名			
利用条件 該当する欄に「 <input checked="" type="checkbox"/> 」 を入れてください	<input type="checkbox"/> 草加市に住民登録がある <input type="checkbox"/> お母さん赤ちゃんともに医療行為がない		
産後に心配なこと			
同意事項	1 審査に必要となる世帯の課税情報について、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。 2 産後ケアの利用に必要な範囲で、個人情報を産後ケア施設に提供すること、並びに産後ケア施設が草加市に提供することに同意します。 3 電話で確認する場合がありますので、連絡の取りやすい電話番号を記載して下さい。確認に時間を要す場合は、決定通知の作成が遅れることに同意します。 4 利用前日の午前11時までに産後ケア施設にキャンセルの連絡ができなかった場合は、キャンセル料を支払うことに同意します。 5 産後の心身状態によって、また施設の空き状況によっては、ご希望に添えない場合があることに同意します。 6 産後ケアを受けた結果によって、草加市から利用者に連絡することに同意します。 7 7日間を超えて産後ケアを利用した場合は、8日目以降全額自己負担になることを同意します。  <p style="text-align: right;">年 月 日 申請者氏名</p>		