

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

つがる市長 様

つがる市産後ケア事業利用申請書

申請者 住所

氏名

電話番号

利用者との関係

次のとおり、つがる市産後ケア事業の利用を申請します。（※太枠の中をご記入ください。）

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	つがる市		
電話番号	自宅 ()	携帯電話	— —
出産(予定) 医療機関		母子手帳番号	NO.
利用希望日	年 月 日 (※事前申請の場合は記入不要)		
(ふりがな) 子の氏名	性 別	<input type="checkbox"/> 生年月日	年 月 日
	男・女	<input type="checkbox"/> 出産予定日	
申請理由 (該当するもの全てにチェックしてください。事前申請の場合は記入不要です。)	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> 産後の疲れが取れない <input type="checkbox"/> 産後、気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 母体ケア（乳房手当やトラブルケア等）について相談したい <input type="checkbox"/> 育児（授乳・抱っこ等）について相談したい <input type="checkbox"/> 子の発育・発達について相談したい <input type="checkbox"/> その他（具体的理由)		
<<同意書>> ① 利用者及び世帯の課税状況等について確認します。 ② 利用日は、場合によっては希望に添えないことがあります。 ③ 当該事業に必要な情報を、つがる市から事業者提供します。 ④ 利用の結果については、事業者からつがる市に報告されます。 ⑤ 利用可能期間や利用回数の上限を超えて利用することはできません。 ⑥ つがる市産後ケア事業利用承認通知書を提示せずに、本事業を利用することはできません。 上記①～⑥のことに同意します。 年 月 日 氏名			

※つがる市以外の市町村の住民税課税対象となっている場合は、住民税課税証明書等の課税状況が確認できる書類の提出が必要です。（配偶者が申請者と別世帯の方、前年1月1日以降につがる市に転入した方は、別途、提出が必要な書類がある場合がありますので、お申し出ください。）

※つがる市記入欄

受付日	申請区分	備考
年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請	
	<input type="checkbox"/> 事前申請→確認 年 月 日	