

様式第1号（第7条関係）

五城目町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

五城目町長 宛

申請者 住 所
氏 名
電話番号

五城目町産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

また、五城目町産後ケア事業の利用に関し、私及び私の子の個人情報をも町から委託機関又は委託助産師に提供すること並びに生活保護法による被保護世帯の該当の有無の確認及び町民税の課税状況の確認に必要な範囲で私の世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

利用 者	ふりがな 氏名	(初・経産)	生年月日 年齢	年 月 日 (歳)
	住所	〒 ー 五城目町 電話番号 ー ー		
	ふりがな ※子の氏名	(男・女) (第 子)	※子の生年月日 出産予定日	年 月 日 年 月 日
	出産(予定) 医療機関		妊娠(出産)週数	週
			※ 出生体重	g
※欄は、出産前は記入不要です。				
アレルギーの有無	なし・あり (内容:) 症状 ()			
生活保護世帯の申告	生活保護法による被保護世帯に該当しますか。 【 はい ・ いいえ 】			

以下の欄は、町が記載します。

申請受付 年月日	年 月 日	承認 年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認
課税状況	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護 (年 月 日確認済)			
備考				