

みやき町長 様

申請者 氏名 続柄（ ）
住所
電話番号

産後ケア事業利用申請書

下記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

また、審査に係る調査及び情報共有に関する事項について同意します。

| | | |
|-------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者 | ふりがな | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 出産予定日 ・ 出産日 | 年 月 日 |
| | 母子手帳番号 | |
| | 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 |
| 緊急連絡先 | ふりがな | |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 続柄 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |

【事業利用の決定及び情報共有に関する事項】

- この申請に係る審査にあたり、住民基本台帳及び課税台帳等を閲覧されること
- 事業の利用にあたり、みやき町と実施機関の間で必要な個人情報の共有を行うこと
- 実施機関へ利用者負担額を支払うこと

※みやき町記入欄

| | | | |
|------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 | <input type="checkbox"/> 非課税世帯 | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 |
|------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|