

(様式1)

年 月 日

南陽市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

南陽市長 殿

次のとおり南陽市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名		生年月日	S H	年 月 日 (歳)	
	住所	南陽市 電話(携帯)				
	緊急 連絡先	氏名	申請者との関係			
		住所	電話(携帯)			
	(ふりがな) 乳児氏名	男・女	出生 体重	g	生年 月日	年 月 日
	(ふりがな) 乳児氏名	男・女	出生 体重	g	生年 月日	年 月 日
	出産医療 機関名					
世帯 構成 (申請 者除 く)	(ふりがな) 氏名	続柄	生年 月 日	勤務先・学校名		
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
世帯区分		<input type="checkbox"/> II 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> III 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です。				
該当する場合□にチェックしてください。						
◎下記の希望するサービスの□にチェックをつけ、裏面の必要事項を記入してください。						
<input type="checkbox"/> 乳房ケア(通所型)			<input type="checkbox"/> 乳房ケア(訪問型)			
申請理由 (困っていることなど具体的に記入してください)						
<p>南陽市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を南陽市産後ケア事業を実施する事業者へ情報提供することに同意します。</p> <p>南陽市が審査に必要な範囲で住民基本台帳について、調査・閲覧することに同意します。</p> <p>自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯全員の課税状況等の関係書類を閲覧するに同意します。</p>						
年 月 日			申請者氏名			

希望するサービスについて、通所型・訪問型のいずれかに、□にチェックをつけ、必要事項をご記入ください。状況により希望に添えない場合があります。

1 乳房ケア（通所型）

希望施設名	<input type="checkbox"/> エンジェル助産院（南陽市内で開所時も可）
	<input type="checkbox"/> y u m e 助産院
	<input type="checkbox"/> ままのて
	<input type="checkbox"/> さくらクリニック（出産または妊婦健診を受けた方）
	<input type="checkbox"/> 島貫医院（出産または妊婦健診を受けた方）
	<input type="checkbox"/> 特になし

※日程は、利用承認後に施設と調整してください。

2 乳房ケア（訪問型）

希望施設名	<input type="checkbox"/> y u m e 助産院
	<input type="checkbox"/> ままのて
	<input type="checkbox"/> 助産師 相田 圭子
	<input type="checkbox"/> 特になし

※日程は、利用承認後に施設と調整してください。

※駐車場を準備してください。

※南陽市記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
通知年月日	年 月 日	承認（No. _____）	・不承認
利用依頼事業者			
世帯区分	<input type="checkbox"/> I 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> II 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> III 生活保護世帯