

別記第1号様式（第6関係）

年 月 日

稚内市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

㊟

稚内市産後ケア事業利用申請書

稚内市産後ケア事業実施要綱第6の規定により、次のとおり申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規利用		<input type="checkbox"/> 延長利用	
(ふりがな) 利用者氏名	()	生 年 月 日	年 月 日	
(ふりがな) 子の氏名	()	出 生 体 重	g (第 子)	
出 産 日	年 月 日	退 院 日	年 月 日	
出 産 施 設 名				
希 望 内 容 希望期間・回数	<input type="checkbox"/> 短期入所型（宿泊型）	年 月 日～ 年 月 日（7日以内）		
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型（訪問型）	回（5回まで）		
申 請 理 由	1 出産後の身体回復に不安があるため。 2 育児について不安があるため。 3 日常生活について不安があるため。 4 授乳や乳房管理について不安があるため。 5 その他（ ）			
利 用 料 区 分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯			
緊 急 連 絡 先	(ふりがな) () 氏 名		続柄：	
	電話番号			

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

関係公簿等による情報確認同意書

この申請書による申請に係る事実についての審査に関する事務を処理するために必要な限度で、私に係る住民票に記載された住民票関係情報及び私の
地方税関係情報を公簿等によって稚内市が確認することに同意します。

年 月 日 氏 名 ⑩

年 月 日 氏 名 ⑩

年 月 日 氏 名 ⑩