

様式第1号（第6条関係）

室蘭市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

室蘭市長 青山 剛 様

申請者 住所

氏名

室蘭市産後ケア事業の利用について、次のとおり申請します。

利用者 (産婦)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	訪問先 住所		電話番号	
お子さん	ふりがな 氏名		性別	
	生年月日	年 月 日	出生順位	第 子
	出生体重		g 出生病院	

申請理由	1 乳房トラブルがある
*該当する項目全てに○	2 授乳への困難感がある
	3 沐浴等の実施が困難
	4 受診や外出が困難である

<同意欄>

- 1 室蘭市産後ケア事業利用に必要な情報を、市から委託先に提供します。
- 2 利用の結果については、委託先から市に報告されます。
- 3 利用に際し利用者負担金を決定するため、住民基本台帳、世帯の市税の課税状況を市が確認します。

上記1、2、3に同意します。

年 月 日 氏名