

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

産後ケア事業利用申請書

下妻市長 様

申請者 住所

氏名



電話

産後ケア事業の利用について、次のとおり申請します。

住 所	下妻市 電話番号
ふりがな 母の氏名	生年月日 年 月 日
ふりがな 子の氏名	生年月日 年 月 日
出産施設名	出産年月日 年 月 日
事業種別	1 ショートステイ 2 デイケア 3 居宅訪問
利用希望期間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）
申請理由	1 出産後、身体面での不調があるため 2 出産後、精神面での不調があるため 3 育児に対する不安があるため 4 その他（ ）

申請に当たり、助成額の決定のために市職員が私の住民基本台帳・生活保護台帳・課税台帳を閲覧することに同意します。また、事業に必要な私に関する情報を市と産後ケア施設が共有することに同意します。

本人署名 _____

【事務局用記載欄】

受付	年 月 日	決定	年 月 日	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯
----	-------	----	-------	---