

新潟市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）新潟市長

新潟市産後ケア事業の利用について、以下のとおり申請します。

（注）表面及び裏面の太枠内と右上の日付をご記入ください。

申請者 (利用者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			( 歳)
	住所	※住民票のある住所地をご記入ください。 (〒 - ) 新潟市 区		
	電話番号	※平日昼間にご連絡のつく電話番号をご記入ください。	※どちらかに○をつけてください 予定日/出産日	年 月 日
(利用者 は除く) 世帯構成	氏名		続柄	生年月日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
世帯区分	※該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> ①市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> ②生活保護世帯・市民税非課税世帯			
利用希望種別	※申請時点で利用を考えている種別に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 宿泊ケア <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問ケア			
<p>&lt;同意書&gt; 私は新潟市産後ケア事業に関し下記の項目に同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 1 利用決定のため、新潟市が申請者及び児の住民基本台帳等を確認すること</p> <p><input type="checkbox"/> 2 世帯区分②の場合、利用者及び世帯構成員全員の生活保護適用の有無または、市民税非課税世帯であるか所得状況を関係部署に照会すること また、照会によっても確認ができない場合、関係書類を提出すること</p> <p><input type="checkbox"/> 3 新潟市が養育状況確認のために申請者に連絡をすること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、医療機関や新潟市が情報を共有すること</p> <p>※上記項目について同意する場合、チェックボックスに☑を付けてください。</p>				

⇒裏面の記入もあります

【新潟市記入欄】

<input type="checkbox"/> 対象要件として適当か確認済 <備考>
年 月 日 確認者氏名 _____

