

年 月 日

申請者

連絡先 ○○○-○○○○

ふりがな		せと はなこ		生年月日 (年齢)	H1年 4月 1日 (〇 歳)
産婦氏名		瀬戸 花子			
ふりがな		せと たろう		生年月日 (年齢)	R6年 4月 1日 (△か月)
子氏名		瀬戸 太郎			
在胎週数		〇週 △日		出生体重	〇〇〇〇 g
緊急連絡先		氏名 瀬戸 一郎		申請者との 続柄	夫
		住所 同上 電話 〇〇〇-〇〇〇〇			
希望サービス	宿泊ケア	希望日 年	希望日は空欄でお願いします。 後日お電話で調整させていただきます。		
	通所ケア	希望日 年			
	訪問ケア	希望日 年 月 日			
利用希望施設		〇〇クリニック			
申請理由		例：育児疲れのため 休息のため 母乳育児に不安があるため 等			
世帯の課税状況等		1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他の世帯			
この申請に当たり、瀬戸市産後ケア事業実施要綱第3条及び13条の規定により、世帯員に関する住民登録及び市税等の課税状況に関する事項についてご確認いただき、この要綱に同意します。併せて利用者に関する情報について、産後ケア事業実施要綱第14条の規定に基づき、指導等に必要とする場合には、市と委託事業者の間で相互に提供し取得することに同意します。 また、この要綱を確認し、この要綱の規定を遵守します。					
令和6年		〇月	△日	申請者氏名	瀬戸 花子