

年 月 日

伊豆市長 様

## 伊豆市産後ケア事業利用申請書

産後ケア事業を利用したいので、伊豆市産後ケア等事業実施要綱第6条の規定により、申請します。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 新規利用 <input type="checkbox"/> 延長利用		
申請者氏名	⑩	生年月日	年 月 日
住所	伊豆市		
電話番号		携帯電話	
緊急連絡先氏名		緊急連絡先	
子の氏名		出生体重	g（第 子）
出産日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日
出産医療機関		かかりつけ医	
利用希望期間 （希望種別に✓を してください）	年 月 日 ～ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 日帰り型（4時間以上） <input type="checkbox"/> 日帰り型（4時間未満）	<input type="checkbox"/> 訪問型
申請理由	※具体的にお書きください。		
担当者記入欄	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
<b>産後ケア事業の利用に関する同意書</b>			
伊豆市長 様			
伊豆市産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を受託事業者へ情報提供すること並びに利用者の健康状態について受託事業者から市に情報提供することに同意します。			
また、申請につき伊豆市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。			
年 月 日			
申請者 ⑩			