

古賀市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）古賀市長

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

利用者との続柄 ☐ 本人 ☐ 同居の親族
☐ その他（ ）

次のとおり、古賀市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者氏名	☐ 申請者と同じ	電話番号	☐ 申請者と同じ
利用者住所	☐ 申請者と同じ 古賀市	生年月日	年 月 日
父の氏名		電話番号	
		生年月日	年 月 日

子の氏名				第 子	
出生時の体重	g	出生週数	週 日	出産施設名	
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日	退院日	年 月 日
利用希望サービス	☐ ショートステイ ☐ デイサービス				
利用希望日数	日間（ 年 月 日から 年 月 日まで）				
利用希望施設					
申請理由	☐ 家族等から家事・育児等の支援が受けられない ☐ 産後の体調又は育児に不安がある ☐ その他（ ）				
同意欄	☐ この申請に係る審査にあたり、住民基本台帳及び市民税課税台帳を閲覧されること ☐ 事業の利用にあたり、古賀市と委託事業者の間で必要な個人情報の共有を行うこと ☐ 利用施設へ自己負担額を支払うこと 上記の内容に同意します。 年 月 日 申請者氏名				