

別記

様式第1号（第6条関係）

佐倉市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

（宛先）佐倉市長

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号
（利用者との関係 ）

産後ケア事業の利用を希望するので、次のとおり申請いたします。また、佐倉市が委託事業者に対して、妊娠期から子育て期にわたる個人情報が必要に応じて相互に確認・情報共有することに同意します。

ふりがな 利用者氏名	生年月日	年 月 日
利用者電話番号		
出産（予定）日	年 月 日	（出生児の数 人）
分娩（予定）施設		
サービス区分	1. 宿泊型	2. 日帰り型 3. 訪問型
利用希望施設 （宿泊型、日帰り型 のみ記載）	第1希望（ ）	第2希望（ ）
利用希望日数	日	
申請理由 （該当項目のチェック 欄に『✓』を入れてく ださい。複数回答可。）	<input type="checkbox"/> 育児に不安がある。 <input type="checkbox"/> 身体の回復や体調に不安がある。 <input type="checkbox"/> 授乳に不安がある又は不安な気持ちが強い。 <input type="checkbox"/> 家族などからの支援が得にくい。 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）	
利用者負担区分	1. 課税世帯	2. 市民税非課税世帯 3. 生活保護世帯
緊急連絡先	住所： 氏名：	電話： 続柄：