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　　㊞
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を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
住　　所			
出産（予定）日	年　　月　　日　　（出生児の数　　人）		
分娩（予定）施設			
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。）	□ 育児に不安がある。 □ 身体の回復や体調に不安がある。 □ 授乳に不安がある又は不安な気持ちが強い。 □ 家族などからの支援が得にくい。 □ 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：　　電話： 氏名：　　続柄：		