

山縣市産後ケア事業（アウトリーチ型）利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

山州市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話

下記のとおり山縣市産後ケア事業（アウトリーチ型）の利用を申請します。

記

| | | |
|-------------------------|-------|--------------|
| (ふりがな) 利用者氏名 | | 年 月 日 (歳) |
| 住 所 (住民票上の住民地) | | |
| 訪問先住所 (上記と異なる場合のみ記載) | | |
| 緊急連絡先 | 氏 名 | 利用者との関係 () |
| | 住 所 | |
| | 電 話 | |
| (ふりがな) 子の氏名 | 在胎週数 | 週 日 |
| 出産(予定)日 | 年 月 日 | 出生体重 g (第 子) |
| 出産(予定) 施設名 | | |
| 利用申請理由 (特に心配なこと) | | |

- ↓（同意いただける場合、）をお願いします。
- 産後ケア利用にあたっての自己負担額の査定のため、住民登録情報及び課税状況等個人情報について関係機関へ照会させていただきます。
- 本様式は、ケアを提供する助産師へ提供させていただきます。