

西尾市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

（宛先） 西 尾 市 長

申請者 住所 _____
氏名 _____
利用者との関係 _____
電話 _____

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、本申請の審査にあたり、住民基本台帳による世帯状況を調査すること、世帯員の課税台帳を閲覧すること及び関係機関と必要な情報を共有することに同意します。

利用者 (産婦)	住所	〒 西尾市		
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
乳児	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
出産施設名				
希望するサービス		☐ 宿泊ケア ☐ 通所ケア ☐ 訪問ケア		
利用希望期間				
利用希望施設				
申 請 理 由 (該当する項目に○ をつけてください)		1 出産後の身体的な不調や回復について不安がある。 2 出産後の精神的な不調がある。 3 産後の経過に応じた休養や栄養管理等、日常の生活面に不安がある。 4 授乳が困難、育児手技に不安がある。 5 その他 ()		

市処理欄

☐ 住基確認	☐ 課税確認 (一般 ・ 非課税 ・ 生保)	☐ 希望施設 ()
☐ プラン	☐ 医療機関確認	☐ 申請番号 ()