

行田市産後ケア事業利用登録申請書

年 月 日

行田市長

申請者氏名
 住所
 電話番号
利用者本人 本人以外・続柄（ ）

行田市産後ケア事業実施要綱第の規定により、行田市産後ケア事業を利用したいので、以下のとおり登録の申請をします。なお、利用に際しては、以下の同意事項に同意します。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳)
	住所	〒 行田市	電話番号	
出産施設名			出産予定日	年 月 日
新(出産後又は場合乳児)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(第 子)		(歳 か月)
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	(第 子)		(歳 か月)
緊急連絡先 (利用者以外)	フリガナ		電話番号	※ 日中連絡の取れる電話番号
	氏名			
	利用者との関係			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯			
行田市産後ケア事業への登録に当たり、次の事項に同意します。 <ol style="list-style-type: none"> 自己負担額に係る世帯区分を確認するために、市が住民基本台帳、課税情報、生活保護受給状況等を確認すること。 自己負担額の世帯区分の確認ができない場合は、市町村民税課税世帯の自己負担額を支払うこと。 利用者の支援のために、必要に応じて市と委託医療機関等が相互に利用者の情報共有をすること。 行田市産後ケア事業利用時に、自己負担額及び実費負担額を委託医療機関等に対し直接支払うこと。 <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (自署)</p>				

※ この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

市記入欄

登録番号		住民となった日	年 月 日
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 (<input type="checkbox"/> 非課税証明書) <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 (<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書)		