

年 月 日

太良町長 様

申請者 氏名 続柄 ( )  
住所  
電話番号

産後ケア事業利用申請書

下記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

また、審査に係る調査及び情報共有に関する事項について同意します。

|       |                |                                 |
|-------|----------------|---------------------------------|
| 利用者   | ふりがな           |                                 |
|       | 氏名             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|       | 生年月日           | 年 月 日 ( 歳)                      |
|       | 電話番号           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|       | 住所             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|       | 出産予定日<br>・ 出産日 | 年 月 日                           |
|       | 母子手帳番号         |                                 |
| 緊急連絡先 | ふりがな           |                                 |
|       | 氏名             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|       | 続柄             | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |
|       | 電話番号           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |

【事業利用の決定及び情報共有に関する事項】

- この申請に係る審査にあたり、住民基本台帳及び課税台帳等を閲覧されること
- 事業の利用にあたり、太良町と実施機関の間で必要な個人情報の共有を行うこと
- 実施機関へ利用者負担額を支払うこと