

龍ヶ崎市長 様

申請者 住 所

氏 名 印
(利用者との関係)

龍ヶ崎市産後ケア事業利用申請書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

産 後 ケ ア 利 用 者	住 所	龍ヶ崎市	
	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		生年月日
	出産に係る 子の氏名	(第 子)	年 月 日
出 産 施 設 名			
出 産 年 月 日	年 月 日		
利 用 施 設 名			
利 用 内 容	宿泊型 ・ 日帰り型		
利 用 期 間	年 月 日～ 年 月 日		
利 用 申 請 理 由			
上 の 子 の 利 用	希望する ・ 希望しない		
	上の子 氏 名		生年月日
	上の子 氏 名		年 月 日
			生年月日
			年 月 日
以下のことに同意します。			
氏名		印	
<p>1 この申請の審査に際し、関係書類の提出に代えて、龍ヶ崎市に備付けの戸籍、住民基本台帳及び市税等の課税・納付状況について、公簿を照会すること。</p> <p>2 市が保有する私に関する必要な情報を産後ケア施設に提供するとともに、実施後に龍ヶ崎市が産後ケア施設から必要な報告を受けること。</p>			