

奥州市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

奥州市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり奥州市産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

奥州市産後ケア事業利用に関し、私の情報を市から委託先（委託先から市）へ情報提供、生活保護世帯の確認及び市町村民税の課税確認に必要な範囲で私の世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

利 用 者	ふりがな 氏 名	(初・経産)	生年月日 年 齡	年 月 日 (歳)
	住 所	〒 ー 奥州市 電話番号 ー ー		
	※ふりがな 子の氏名	(男・女) (第 子)	※子の生年月日	年 月 日
			出 産 予 定 日	年 月 日
	出産(予定) 医療機関		※ 妊 娠 期 間	週
			※ 出 生 体 重	g
※欄は、出産前は記入不要です。				
アレルギーの有無	なし・あり（内容： ）症状（ ）			
生活保護世帯の申告	生活保護法による被保護世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支給給付を受けていますか。 【 はい ・ いいえ 】			

※ 以下の欄は、市が記載します。

申請受付 年 月 日	年 月 日	承 認 年月日	年 月 日	承 認 ・ 不承認
課税状況	課税 ・ 非課税 ・ 生活保護 (月 日 確認済)			
備 考				