

第1号様式

年 月 日

宛先) 一般社団法人 川崎市助産師会

川崎市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

なお、申請につき川崎市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査すること、及び利用後に事業実施報告書を川崎市へ提出することに同意します。また、記入いただいた個人情報 は 目的外では使用いたしません。

申請の種類	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 日帰り型	<input type="checkbox"/> 訪問型
申請者氏名	Ⓜ <small>※ 自署の場合は印は不要です。</small>	生 年 月 日	年 月 日
住 所	川崎市 区		
電 話 番 号		携 帯 電 話	
緊急連絡先氏名		緊 急 連 絡 先	
子 の 氏 名		出 生 体 重	g (第 子)
出 産 日	年 月 日	退 院 (予 定) 日	年 月 日
出産医療機関		か かり つ け 医	
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用希望助産所			
申請理由 (具体的に記入してください)			
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
添付書類	<input type="checkbox"/> 市県民税非課税証明書	<input type="checkbox"/> 被保護証明書	(※コピー可)
※担当者記入欄			

提出先：一般社団法人 川崎市助産師会