様式1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

名取市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

名取市長　あて

〒
申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　（続柄：　　　）

電話番号

下記のとおり、名取市産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

利用者	フリガナ 母の氏名			生年月日	年　月　日 （　　歳）
	フリガナ 子の氏名		男　・　女 （第　　子）	生年月日	年　月　日 （　　か月）
	住　　所	名取市			
	電話番号	（自宅）	（携帯）		
	出産（予定）日	年　　月　　日		退院（予定）日	年　　月　　日
希望施設名		春ウイメンズクリニック・スズキ記念病院・仙台赤十字病院・仙台ソレイユ母子クリニック			
産後に心配なこと					
同　意　欄		1．名取市が私及び生計を一にする世帯員の名取市市民税情報について調査・閲覧することに同意します。 調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 2．名取市が委託事業者に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業者が 名取市に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 3．名取市が必要と判断した場合は、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。 同意欄　　年　　月　　日　同意者氏名　　　　㊞ （本人署名の場合㊞不要） （代筆者氏名　　　　（続柄　　））			
生計中心者名			生計中心者の連絡先（電話番号）＊		
出産後の扶養人数		人	市記入欄		

㊟　産後の体調や育児状況、産後の支援状況等を確認し審査をしたうえで利用する施設の調整を行うため、妊娠中の申請時点では利用施設を決定することはできません。

＊　生計中心者が本人の場合：本人以外に日中つながる連絡先（電話番号）、氏名、続柄を記入