

諏訪市産後ケア宿泊・通所型事業利用申請書 兼 個人情報閲覧・提供同意書

年 月 日

(宛先)諏訪市長

次のとおり諏訪市産後ケア宿泊・通所型事業を利用したいので申請します。

申請の区分		1 新規（宿泊型・通所型）			2 利用日数追加		
申請者 (利用者)	ふりがな 氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	(〒 -)			電話番号		
	緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話番号					
	ふりがな 子の氏名		男・女	第 子	生年月日		
	ふりがな 子の氏名		男・女	第 子	年 月 日 (か月)		
申請者以外の 家族の状況	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢	
出産(予定)施設名							
出産(予定)年月日		年 月 日	退院(予定)年月日	年 月 日			
利用(予定)期間		年 月 日から			年 月 日まで (日間)		
利用(予定)医療機関名							
事業の利用を希望する理由（困っていること、心配なこと等を具体的に記入してください。）							
<p>医師又は助産師の意見</p> <p>1 事業の利用の要否（ 要 ・ 不要 ）</p> <p>2 事業が必要な理由（該当するものに○をつけてください。）</p> <p>ア 産後のからだの回復に不安がある。</p> <p>イ 育児に不安がある。</p> <p>ウ 休養、栄養等生活面で相談を必要とする。</p> <p>記入者（医師又は助産師） 職・氏名 (署名又は記名押印)</p>							
個人情報閲覧 ・提供同意欄		<p>1 諏訪市が事業の利用に関する審査のため、私及び私の世帯構成員の住民基本台帳、市税の納税状況及び生活保護台帳又は課税台帳を閲覧することに同意します。また、これらの台帳により確認ができない場合は、諏訪市が求める必要書類を提供します。</p> <p>2 市が委託先である医療機関等へ申請書の内容を情報提供することに同意します。また、委託先である医療機関等が事業の利用状況、健康状態等を諏訪市へ情報提供することについても同意します。</p> <p>申請者(利用者) 氏名 (署名又は記名押印)</p> <p>※1について、世帯構成員の同意を得た上で署名してください。</p>					