

佐賀市長 宛

年 月 日

### 佐賀市産後ケア事業利用券交付申請書

佐賀市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用券の交付を申請します。  
また、審査に係る調査及び情報共有に関する事項について同意します。

(ふりがな)			
申請者(利用者) 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)		
住 所			
電 話 番 号			
母子健康手帳番号		出産予定日 (出産日)	年 月 日
緊 急 連 絡 先	(ふりがな)		
	氏 名	(利用者との続柄)	
	電 話 番 号		
世 帯 区 分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯		
<b>【審査に係る調査及び情報共有に関する事項】</b> ①産後ケア事業の利用にあたり、市が住民基本台帳による世帯状況を確認すること及び同一世帯の者の市町村民税の課税状況、生活保護の認定状況について情報を取得することに同意します。 ②利用申請後は、佐賀市と利用施設が、産後ケア事業利用に係る情報及び利用者の健康状態等について共有する事に同意します。			

以下、市記入欄 ( 新規 ・ 転入 )

(転入産婦の場合) <input type="checkbox"/> 産後ケア事業利用券 (渡したものにチェック) No.1 2 3 4 5 6 7 <input type="checkbox"/> 母子手帳の産後ケアのページをコピー <input type="checkbox"/> 利用回数を確認して、残りの回数分を印字して渡す。
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

受領印
担当者 ( )