

佐賀市長 宛

年 月 日

## 佐賀市ショートステイ（産後ケア）事業利用申請書

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を申請します。

申請者  利用者本人 本人以外

(氏名)

(利用者との続柄)

(住所)

(電話番号)

利用回数（今回の妊娠出産において）		初回 ・ （ ）回目	
(ふりがな)		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
(ふりがな)		生年月日	年 月 日（ か月）
子どもの氏名			
(ふりがな)		※多胎児の場合はご記入ください	
子どもの氏名			
住所			
電話番号			
緊急連絡先	氏名	(利用者との続柄)	
	電話番号		
出産予定日（出産日）	年 月 日	妊娠期間	( ) 週 ( ) 日
出産（予定）病院		出生時の体重	g
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		
申請理由 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 家族等から支援を受けられない <input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない <input type="checkbox"/> 心理的な不安がある <input type="checkbox"/> 母乳・育児などに不安がある <input type="checkbox"/> 育児方法を相談したい <input type="checkbox"/> その他 ( )		
産後心配していること			
<b>【審査に係る調査及び情報共有に関する同意について】</b>			
<input type="checkbox"/> 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を同意します。			
年 月 日	申請者本人署名 _____		