

多賀城市長 殿

〒

申請者住所

申請者氏名

(続柄: )

電話番号

多賀城市産後ケア事業申請書兼情報提供同意書

下記のとおり、多賀城市産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用者	フリガナ				生年月日	年 月 日
	母の氏名					( 歳)
	住 所	多賀城市				
	電話番号	(自宅)		(携帯)		
緊急連絡先	氏名:		続柄 ( )		電話番号:	
(利用者構成)	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	職業	備考
妊(産)婦の身体的状況	妊娠中	異常なし	・	あり ( )		
	出産後	異常なし	・	あり ( )		
	出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)医療機関			
	母子健康手帳番号					
産後に心配なこと						
特記事項等						
世帯区分	1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. 市民税課税世帯					
同意欄	1. 多賀城市が私及び生計を一にする世帯員の多賀城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. 多賀城市が委託事業者に、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、及び事業者が多賀城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. 多賀城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 ) )					

㊟ 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。