

様式第1号（第7条関係）

都城市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

都城市長 様

申請者 住所

氏名

電話

（利用者との関係： ）

利用者住所 (申請者と同じ場合は記入不要)	都城市			
電話番号 (申請者と同じ場合は記入不要)	*連絡が取りやすい携帯電話等の番号を記載してください。			
利用者（産婦）	氏名		生年月日	年 月 日
利用者（子）	氏名	(第 子)	生年月日	年 月 日
	出生体重		在胎週数	週
申請理由	1、出産後の身体的回復に不安がある。 2、育児について不安がある 3、日常生活について不安がある 4、その他（ ）			
同意書 本書に記載する利用者の属する世帯について、市が保有する次の情報を、産後ケア事業に関する事務を行う目的に限り、都城市保健センターが関係部課又は産後ケア事業に係る医療法人等から確認することについて同意します。 ・住民税の課税額及び課税状況 ・生活保護の受給状況 ・本事業の実施及び利用状況 利用者氏名：				
住民税非課税世帯又は生活保護受給者世帯の方は、利用者負担額が通常より低い金額となります。次の当てはまる箇所にチェックをしてください。 ☐ どちらにも該当しない ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護受給者世帯				