

年 月 日

有田町長 様

申請者 氏名 続柄 ( )  
住所  
電話番号

産後ケア事業利用申請書

下記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

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。

利用者	ふりがな	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日 ( 歳)
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	出産予定日 ・ 出産日	年 月 日
	母子手帳番号	
	世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯・非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
緊急連絡先	ふりがな	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	続柄	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

【事業利用の決定及び情報共有に関する事項】

- この申請に係る審査にあたり、住民基本台帳及び課税台帳等を閲覧されること
- 事業の利用にあたり、有田町と実施機関の間で必要な個人情報の共有を行うこと
- 実施機関へ利用者負担額を支払うこと

※有田町記入欄

世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯・非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
------	-------------------------------------	---------------------------------